Documentos ocasionales
N.º 82

La crisis de la salud es anterior al COVID-19

Mauricio Archila Neira, Santiago Garcés Correa, Martha Cecilia García Velandia, Javier Lautaro Medina Bernal, Ana María Restrepo Rodríguez, Mauricio Torres Tovar





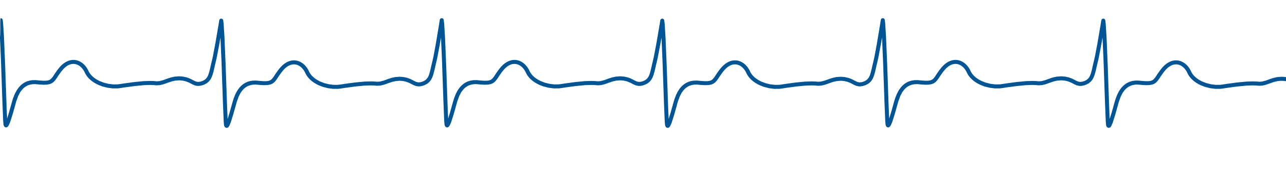


Documentos ocasionales N.º 82

La crisis de la salud es anterior al COVID-19

Mauricio Archila Neira, Santiago Garcés Correa, Martha Cecilia García Velandia, Javier Lautaro Medina Bernal, Ana María Restrepo Rodríguez, Mauricio Torres Tovar













N.º 82

La crisis de la salud es anterior al COVID-19

Mauricio Archila Neira, Santiago Garcés Correa, Martha Cecilia García Velandia, Javier Lautaro Medina Bernal, Ana María Restrepo Rodríguez, Mauricio Torres Tovar

















La crisis de la salud es anterior al COVID-19

Directora general
Martha Lucía Márquez Restrepo

Subdirector de programas
Juan Pablo Guerrero Home

Coordinadora del programa Movilización, DD. HH. e Interculturalidad
Jenny Paola Ortiz Fonseca

Coordinador de la línea Movimientos Sociales, Tierra y Territorio
Javier Lautaro Medina Bernal

Autores
Mauricio Archila Neira
Santiago Garcés Correa
Martha Cecilia García Velandia
Javier Lautaro Medina Bernal
Ana María Restrepo Rodríguez
Mauricio Torres Tovar

Coordinadora de Comunicaciones e Incidencia
Katalina Vásquez Guzmán

Coordinación editorial
Edwin Parada Rodríguez

Realización de mapas
Andrés Mauricio Galindo Español
Investigador del Sistema de Información General (SIG)

Diseño
Alexander Mora

Diagramación
Paola Velásquez Carvajal

Fotografía de cubierta
Mauricio Torres Tovar
Marcha de estudiantes de pre y posgrado de Ciencias de la Salud, Bogotá, 6/11/2013

Impresión
DGP Editores S.A.S.

Cinep/Programa por la Paz
Carrera 5 n.º 33B - 02
PBX: (+57 1) 2456181
Bogotá, D.C., Colombia
www.cinep.org.co

Primera edición, julio de 2020
Segunda edición, abril de 2022
Bogotá, D.C., Colombia

ISBN: 978-958-644-331-9

Impreso en Colombia / *Printed in Colombia*



CinepProgramaporlaPaz
Cinep_ppp
Cinep_ppp
Cinepppp
CINEP/PPP
@cinep_ppp

Contenido

Índice de gráficas

Índice de mapas

Acerca de los autores

Las autoras y los autores constituyen el Equipo de Movimientos Sociales, Tierras y Derecho al Territorio de Cinep y han contado con la colaboración de Mauricio Torres Tovar, miembro adoptivo del equipo.

Mauricio Archila Neira. Historiador, magister en Economía y Recursos Humanos y Ph.D. en Historia. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia e investigador de Cinep. Especialista en historia social de América Latina y Colombia.

Santiago Garcés Correa. Sociólogo y Magíster en Estudios Laborales. Temas de interés: Sociología del trabajo, movimientos sociales.

Martha Cecilia García Velandia. Socióloga y Magíster en Urbanismo. Áreas de interés: Sociología urbana, movimientos sociales, memorias e identidades.

Javier Lautaro Medina Bernal. Abogado, Especialista en Derecho Constitucional y Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Se ha enfocado en el acompañamiento a comunidades rurales en procesos de exigibilidad del derecho a la tierra y el territorio.

Ana María Restrepo Rodríguez. Historiadora, Magíster en Estudios Literarios y Maestra en Geografía Humana. Áreas de trabajo: movimientos sociales, territorialidades y mujeres rurales.

Mauricio Torres Tovar. Médico, Ph.D. en Salud Pública, profesor del Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional. Activista del Movimiento Nacional por la Salud, de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) y del Movimiento de Salud de los Pueblos (MSP).

Introducción: dos años después

Martha Cecilia García Velandia

Mauricio Torres Tovar

Introducción: dos años después

Tan pronto se confirmó el primer caso de COVID-19 en Colombia, el 6 de marzo de 2020, el Gobierno nacional empezó a tomar medidas para contener el contagio, entre las cuales se decretó una cuarentena por 19 días, desde el 25 de marzo, que se fue prolongando intermitentemente hasta finales de agosto del mismo año. En medio del aislamiento, el grupo de Movimientos Sociales del Cinep consideró oportuno elaborar un informe sobre la situación en la que se encontraba el Sistema de Salud cuando llegó la pandemia, teniendo como fuente central la información registrada en la Base de Datos de Luchas Sociales (BDLS) de Cinep. Este fue publicado a mediados de 2020 y dio cuenta de cómo la movilización social de diferentes actores sociales en torno a la salud, desde la expedición de la Ley 100 de 1993, develó la profunda crisis del sistema y, junto con el manejo autoritario de la pandemia que estábamos viviendo, planteó la incertidumbre de si podríamos enfrentar esta peste contemporánea.

Dos años después, y contando con la misma fuente, podemos afirmar que el sistema de salud del país no ha mejorado y, por el contrario, como ocurrió en Londres en 1665, cuando la ciudad sufrió el azote de la gran plaga, "(...) la peste desafió toda medicina; hasta los médicos fueron atrapados por ella, con sus protectores sobre la boca; deambulaban prescribiendo a otros e indicándoles qué hacer, hasta que las señales los alcanzaban y caían muertos, destruidos por el enemigo contra el que batallaban en los cuerpos de otros" (Daniel Defoe, *Diario del año de la peste*).

El inédito fenómeno sanitario global que provocó la pandemia por COVID-19 ha dejado en evidencia las profundas desigualdades sociales presentes en Colombia y la crisis de su sistema de salud, junto a la enorme precariedad laboral y la situación de bio-inseguridad en que se encontraban los y las trabajadores del sector salud.

En estos dos años, según cifras oficiales de la Organización Mundial de la Salud, la pandemia ha infectado, a nivel global, a más de 452 millones de personas, un poco

más del 5% de la población mundial, y ha ocasionado el fallecimiento de más de seis millones de personas[1]. En Colombia, este impacto ha implicado, según cifras oficiales, más de 6 millones de personas infectadas, lo que corresponde a cerca del 12% de la población colombiana y el fallecimiento de cerca de 140.000 personas[2].

Contrario a lo que se planteó en sus inicios, la pandemia no ha tenido una distribución democrática, dado que principalmente ha tenido implicaciones severas en la vida de los sectores sociales de bajos niveles económicos, los que más han sufrido la COVID-19, tal como lo corrobora el DANE al evidenciar que la distribución de la mortalidad por esta enfermedad en Colombia ha estado concentrada en los estratos socioeconómicos 1 y 2 con el 61,5% de los fallecidos, mientras que para los estratos 6 y 5 ha sido solo del 3,4% del total nacional[3].

La orientación de la política gubernamental nacional para enfrentar la pandemia, junto al enfoque del sistema de salud, tuvieron gran responsabilidad en esa débil contención, al concentrar la respuesta, por un lado, en un aislamiento obligatorio generalizado en momentos que no correspondían y, por el otro, en una acción hospitalocéntrica de alta complejidad en las unidades de cuidado intensivo (UCI), y de biotecnología con las vacunas. Tales medidas desconocieron que las epidemias y pandemias se limitan fundamentalmente a partir de un trabajo territorial con las comunidades, desarrollando un buen sistema de vigilancia que identifique de manera temprana a los infectados y a sus contactos para aislarlos, hacerles seguimiento médico y movilizar solamente a los centros especializados de salud a quienes francamente se deterioran.

La limitada acción de la intervención en salud pública estuvo estrechamente relacionada con las condiciones del sistema de salud en Colombia y el tipo de orientación que ha venido desarrollando en las últimas tres décadas. La pandemia llegó al país en el marco de una crisis crónica del sistema de salud, producto de haber puesto su foco en la ampliación de las coberturas de afiliación al aseguramiento, pero no en el acceso real, oportuno y de calidad a los servicios cuando la gente los requiriese, asunto evidenciado por las numerosas acciones de tutela para exigir la protección del derecho a la salud, que según los informes anuales de la Defensoría del Pueblo, ascienden a un promedio anual de 100 mil en el país[4].

1 https://covid19.who.int/
2 http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx
3 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). *Estadísticas Vitales – EEVV. Defunciones por COVID-19*. Bogotá: DANE, 2 de marzo de 2020 al 9 de mayo de 2021.
4 Ver, por ejemplo, Defensoría del Pueblo (2021, diciembre 14). *La Tutela y los Derechos a la Salud y la Seguridad Social, 2020*. https://www.defensoria.gov.co/attachment/3916/Tutela-Salud_0912.pdf?g_show_in_browser=1

Los picos provocados por la pandemia –aquellos momentos cuando los niveles de contagio diario fueron muy altos– llevaron al sistema de salud a un colapso que impidió atender con oportunidad a la gente que lo requirió y a no contar con la disponibilidad de suficientes camas en UCI para atender los casos críticos, a pesar del énfasis de la respuesta gubernamental en este aspecto.

Los actores responsables del seguimiento a la salud no actuaron como correspondía, tal como la gente lo padeció y denunció frente a la enorme dificultad para que las EPS hicieran una prueba diagnóstica para la COVID-19 o que entregaran el resultado. De ahí en adelante, el seguimiento médico en la casa, la disponibilidad de oxígeno casero para quienes lo requerían, el traslado a una institución médica, la aprobación de medicamentos y procedimientos, el ingreso a una UCI, todo se dilataba y, en medio de las condiciones de urgencia para pacientes con COVID-19 agravada, significó la muerte para muchas de esas personas.

Dado este enfoque, ligado al tipo de modelo de atención en salud que tiene el país, se generaron dos grandes dificultades. Una, derivada de la lógica mercantil de costo-beneficio de los actores del sistema, y otra, por ser un modelo de atención a la enfermedad individual, desterritorializado, que no desarrolla acciones de promoción, prevención, vigilancia y atención en donde habitan las comunidades, asunto que en otros países fue una pieza clave para una atención adecuada a la pandemia.

La pandemia por COVID-19 ha tenido importantes impactos sobre la salud y la vida de amplios sectores sociales del país, en especial de los más empobrecidos y desprotegidos socialmente, quienes además vieron empeorar sus condiciones debido al prolongado confinamiento obligatorio, impuesto al comienzo como fórmula para manejar este fenómeno sanitario, lo que llevó a la postre a que la situación de crisis social y económica con que se venía, se agravara y catalizara la protesta social hasta producir el estallido social del 28A que, a pesar de la violencia con el que fue reprimido, no puso punto final a la movilización por salud, que ha continuado hasta hoy.

No bien se dictaron las primeras medidas de confinamiento en 2020, a lo largo y ancho del país, pobladores urbanos, rurales y migrantes salieron a calles y carreteras, con ollas y trapos rojos, a pedir ayudas, sobre todo, alimentos y vivienda. Estas luchas por la subsistencia –que nos recuerdan los motines por pan de la era preindustrial– pusieron en evidencia la vulnerabilidad de los pobres que cayeron en la indigencia, debido, en parte, a la fragilidad del trabajo informal al cual estaban vinculados y a la imposibilidad de seguir pagando aquellos alojamientos precarios conocidos como “paga diarios”, donde habitaban. La entrega estatal de ayudas no fue suficiente para abastecer al creciente número de empobrecidos. Tampoco para reducir el número

de estas protestas ni de las invasiones de suelos urbanos y rurales y de vivienda construida aún no entregada a sus adjudicatarios. Las autoridades alegaban que estas acciones contenciosas rompían la cuarentena obligatoria, incrementando el riesgo de contagio con coronavirus de quienes participaban en ellas, y enviaban al Esmad a disolverlas y a desalojar, mientras los protestatarios argumentaban que si no los mataba la COVID los mataría el hambre.

Muchos trabajadores por cuenta propia y algunos gremios también se movilizaron para pedir ayudas gubernamentales ante la imposibilidad de salir a trabajar y la ausencia de usuarios de los servicios que prestaban: músicos, teatreros, taxistas, empresarios de transportes especiales, transportadores informales, dueños y empleados de bares y restaurantes, operadores turísticos, vendedores ambulantes, trabajadores sexuales, albañiles, madres comunitarias, entre otros. Cuando se abandonó el confinamiento como medida para prevenir contagios, estos mismos sectores abogaron por la reactivación de la actividad económica a la que pertenecían.

La movilización social específica por salud tuvo en los reclusos a uno de los actores sociales más relevantes del primer año de la pandemia en el país. El hacinamiento carcelario y el pésimo o nulo servicio de salud que caracteriza los establecimientos de reclusión incentivaron las protestas de quienes están privados de la libertad. En la noche del 21 de marzo de 2020, internos de 13 cárceles del país comenzaron una protesta coordinada en contra de las medidas que las autoridades habían tomado para contener el contagio de coronavirus (prohibirles las visitas, por ejemplo) y contra las malas condiciones sanitarias de los recintos carcelarios, que contribuían a la propagación de la COVID-19. Las autoridades carcelarias hablaron de motines y de un plan de fuga, y actuaron en consecuencia. En la Cárcel Modelo de Bogotá, los guardianes del Inpec respondieron con disparos, palizas y excesos de fuerza. El saldo de la confrontación fue de 23 presos muertos y 83 heridos, más 7 trabajadores heridos, dos de ellos de gravedad[5]. A pesar de la dureza con que fue reprimida esta protesta, a lo largo del primer año de pandemia continuaron las manifestaciones de descontento por la precariedad de la atención en salud en los reclusorios y el inminente riesgo de contagio.

En los primeros meses de la pandemia, en algunas zonas rurales o de frontera urbano rural se llevaron a cabo acciones de protesta para impedir la presencia de extraños o el retorno de propios por pánico al contagio. Así, entonces, se cerraron las entradas a varios pueblos, veredas, corregimientos, resguardos, territorios ancestrales, para restringir el acceso, por ejemplo, de turistas, de extranjeros o de quienes llegaban a cumplir su periodo de descanso y venían de fábricas, minas o megaobras, donde se

5 *Motín en cárcel de Bogotá deja 23 muertos y 90 heridos*. https://www.dw.com/es/mot%C3%ADn-en-c%C3%A1rcel-de-bogot%C3%A1-deja-23-muertos-y-90-heridos/a-52880642

consideraba que no había medidas de bioseguridad y por tanto aumentaba el riesgo de contagio.

Durante los dos años que llevamos en pandemia, ha habido movilizaciones constantes de mujeres por la despenalización del aborto, entendida, entre otras, como parte fundamental de los derechos referidos a la salud sexual y reproductiva. Así mismo, las mujeres han denunciado pública y colectivamente que durante la pandemia aumentó no solo la carga laboral doméstica y las actividades de cuidado asignadas a ellas, sino la violencia intrafamiliar y las violencias en razón del género, que atentan contra su salud física y mental, cuando no llegan al feminicidio.

Las y los trabajadores del sector salud, a pesar de ser la primera línea para la atención de los afectados en la pandemia, durante esta han visto aún más deterioradas sus, ya de por sí, deficientes condiciones laborales, teniendo que asumir mayores cargas, la extensión de sus horarios laborales, el atraso de salarios, a lo que se suma que los protocolos de bioseguridad no se implementaron adecuadamente, situaciones que ya vivían antes, producto de la flexibilización laboral impuesta a través de la Ley 100 de 1993.

Pasados dos años de la pandemia les ha costado la vida, según cifras oficiales, a más de 350 trabajadores/as de la salud y el contagio a más de 78 mil. A pesar de que el Gobierno nacional los consagró como héroes y les dio por una ocasión una compensación económica, no ha llevado a cabo un cambio real de estas muy precarias condiciones laborales.

Lo que han vivido los y las trabajadoras de la salud es una paradoja y un total contrasentido social. La pandemia reveló el enorme papel que desempeña este grupo laboral en el cuidado y la vida de la propia sociedad, lo que debería llevar a una gran valoración, reconocimiento y protección del personal del sector salud. Pero, por el contrario, han sido estigmatizados y violentados en espacios públicos y en sus viviendas al atribuírseles un riesgo de contagio, han recibido una sobrecarga de trabajo que los ha afectado en la salud física y mental y, en vez de mejorarse su situación laboral, esta se ha visto aún más precarizada.

Sus luchas durante estos dos años han sido constantes para exigir el pago de salarios atrasados, la vinculación a Administradoras de Riesgos Laborales, estabilidad laboral, fortalecimiento de la red pública hospitalaria, dotación tanto de elementos de bioseguridad para el personal de salud como de implementos y medicamentos para atender pacientes, entrenamiento en atención especializada de contagiados con COVID 19, y transformación del sistema de salud vigente.

Lo que hemos visto durante estos dos años de pandemia es una seguidilla de protestas locales y particulares que fueron articulándose hasta estallar en el Paro Nacional del 28A, cuyo pliego contemplaba la demanda por una renta básica universal como elemento sustancial para un sistema de protección social para toda la población, el retiro del proyecto de ley de reforma tributaria que pondría de nuevo sobre los hombros de la población la crisis financiera del país, y el retiro de un proyecto de ley en salud, que pretendía avanzar aún más en su privatización a través de la constitución de un oligopolio de EPS, después de descremar el negocio del sector salud, lo que favorecería la rentabilidad financiera de aseguradores y prestadores de salud, en detrimento del derecho fundamental a la salud. El proyecto también era inconveniente, entre otras razones, porque desconocía los determinantes sociales en salud: medio ambiente, agua potable y saneamiento básico, alimentación saludable y seguridad alimentaria.

La enorme movilización social del Paro Nacional de 2021 obligó al presidente Duque a retirar los proyectos de reforma tributaria y de reforma al sistema de salud. Pero la acción colectiva en torno a la salud no ha cesado, se han mantenido las denuncias, demandas y planteamientos de alternativas para superar la situación, entre las cuales está un cambio de fondo en las políticas y en el sistema de salud en Colombia, que efectivamente garanticen el derecho a la salud al conjunto de la población.

Entre los aspectos que se resaltan de la propuesta de la movilización social en salud en Colombia está la recuperación de la salud como un bien común, que no puede ser considerado y tratado como una mercancía, para un negocio que beneficia a unos sectores particulares; la creación de un sistema de salud universal y público, financiado con impuestos generales de corte progresivo, que tenga en cuenta la diversidad e interculturalidad presente en el país y por lo tanto reconozca la pluralidad de saberes y prácticas para el cuidado de la vida y la salud; la configuración de un modo de atención de base territorial y poblacional, que efectivamente realice procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención y cuidado de quienes se enferman, para lo cual acude a la implementación de la atención primaria en salud (APS); la contratación en condiciones dignas y seguras de trabajo a todo el personal de salud; y el desarrollo de procesos de investigación, ciencia e innovación que le dé autonomía y soberanía al país en la producción de medicamentos, instrumental biomédico y biotecnología.

Preámbulo

Mauricio Archila Neira

Preámbulo

> *Una nota sobre el COVID-19: (…) eventos de esta magnitud y significado excepcionales nos colocan de frente y sin tapujos ni evasivas frente a lo mejor y lo peor de nuestra condición humana y de nuestra realidad social. Estamos evidenciando al tiempo los alcances y los límites de nuestro conocimiento, en particular del saber médico; las posibilidades y los errores estructurales de nuestros sistemas de salud; la fragilidad de nuestra existencia individual y las fortalezas acumuladas de nuestra especie; los logros de nuestra civilización y las incoherencias e inconveniencias de nuestro ordenamiento económico, ético, político y social.* (Palabras de Saúl Franco en la Cátedra Manuel Ancízar de la Universidad Nacional de Colombia, 20 de junio de 2020)

Mucha razón tiene el médico y actual comisionado de la verdad, Saúl Franco, sobre el significado de la pandemia que estamos viviendo. Sin duda la relacionada con el COVID-19 nos está llevando a un punto límite que pone a prueba lo mejor y lo peor de las instituciones que hemos creado. Si bien no es la primera peste que ha soportado la humanidad, la de nuestros días adquiere connotaciones especiales por la rapidez y la magnitud del contagio, en un contexto de creciente globalización, especialmente de la información. Pero los seres humanos han reaccionado ante ellas en forma diferente, según determinados contextos espacio-temporales.

Así, por ejemplo, las pestes aterrorizaron a Occidente, al menos desde que se cristianizó. Según expertos como Abel López, más que la muerte en sí o las circunstancias que la rodeaban como el hambre, la miseria, la precaria higiene y las malas condiciones de vida –elementos que eran cotidianos en la Europa medieval–, lo que más preocupaba era la súbita muerte. El breve tiempo entre el contagio y el deceso no permitía la confesión, ni incluso el arrepentimiento, por lo que se creía que el alma sería condenada al infierno para toda la eternidad. En consecuencia estas pestes eran vistas como una maldición del diablo o –lo que era la otra cara de la misma moneda– un castigo de Dios (López, 2013, p. 160).

Para ahuyentar las pestes se idearon distintas curas –muchas heredadas de épocas paganas– desde plantas naturales hasta rezos y exorcismos, pasando por sangrados y otras operaciones médicas de la época. En la temprana modernidad europea apareció una figura que ha sido acertadamente evocada en nuestros días por Paolo Vignolo y Juan Felipe Ureña (2020): se trata del "médico de la peste". Como dicen los autores, este personaje se remonta a 1630, cuando comenzó a clausurar los carnavales, especialmente el de Venecia. Era una larga figura coronada con una máscara que representaba un ave con un pico largo. Uno de los tales personajes describe así su atuendo: "Nosotros vestíamos un largo hábito cerrado, guantes, botas, y nos tapábamos la cara con una máscara de nariz larga y ganchuda y gafas que nos conferían un aspecto aterrador. Alzábamos las ropas de los enfermos con un bastón largo y operábamos los bubones con bisturíes largos como pértigas" (Citado por Vignolo y Ureña, 2020).

Pues bien, el "médico de la peste" fue un dispositivo higiénico que pasó de las calles al teatro combinando el aspecto trágico con el satírico, disímiles dimensiones de las pestes. Pero, señalan Vignolo y Ureña, la figura encerraba otra dimensión crucial en las sociedades modernas: el disciplinamiento. Citando a Michel Foucault, nuestros autores señalan: "Pero ha habido también un sueño político de la peste, que era exactamente lo inverso: no la fiesta colectiva, sino las particiones estrictas (...) La peste como forma a la vez real e imaginaria del desorden tiene por correlato médico y político la disciplina" (Citado por Vignolo y Ureña, 2020). Todas estas imágenes reviven hoy en día cuando, ante una nueva peste, evocamos los fantasmas del pasado, pues como dicen los autores: "El pánico colectivo frente a la pandemia reactiva un pasado mítico que nos habita, reprimido, trastocando el tiempo progresivo de una cotidianidad que de repente parece trancada. Los destellos de este cortocircuito de temporalidades iluminan nuevos horizontes de lo posible" (Vignolo y Ureña, 2020).

Nuestro continente y en particular el territorio de lo que actualmente es Colombia no ha estado exento de esas pestes, como lo recuerda Juan Gossaín (2020) en una crónica periodística. Desde tempranos años nuestras primeras aldeas se vieron asoladas por pestes bubónicas, otras de lepra, cólera, fiebre amarilla y hasta de gripa, para solo citar las más prominentes. Pero también sufrimos otras "pestes" como los corsarios o piratas, los invasores extranjeros, y más recientemente, las luchas fratricidas que, desafortunadamente involucran cada vez más a la población civil. Si la superación definitiva del COVID-19 se ve un poco distante, a ratos parece que de esta otra pandemia no saldremos nunca, al menos en esta generación.

En ese evocar los fantasmas del pasado en el presente se suele recurrir a la comparación con la "gripa española" de 1918, que parece más bien originada en los campos de guerra franceses y diseminada por las tropas norteamericanas que allí

combatieron. Se dice que murieron entre 20 y 50 millones de personas en el mundo –algún columnista dijo que una de las víctimas fue el famoso sociólogo Max Weber–, llegando a representar entre el 3 y 5% de la población global, cifra aterradora a la que todavía no hemos llegado en la actual pandemia.

Sobre la "gripa española" se ha hecho alguna investigación histórica, especialmente en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Apoyándose en esa información, el historiador Oscar Castro (2020) señala que en Tunja murieron cerca de 3.000 de un total de 58.000 habitantes, ¡el 5% de la población! Bogotá fue también afectada, tal vez por compartir la limitación de oxígeno debido a la altitud sobre el nivel del mar. Según describe el historiador contemporáneo:

> Aunque no hubo cuarentenas generalizadas la ciudad paulatinamente comenzó a quedarse en sus casas cuando la población enfermó (...) Muchos, ante las condiciones económicas difíciles, aun enfermos tenían que salir de sus casas a trabajar, lo que implicó que, aparte de seguir transmitiendo el virus, tras la recuperación, sufrirían de por vida problemas pulmonares. Las escuelas se cerraron y la gente comenzó a salir únicamente a lo esencial, a provisionar de comida, pero hubo acaparadores y especuladores (...las) actividades cotidianas se paralizaron como los viajes del tranvía, corridas de toros o reuniones sociales de todo tipo. El pico epidémico provocó el colapso del San Juan de Dios y prácticamente el Hospital de La Hortúa atendió sólo estos casos. (Castro, 2020)

Pero dejemos que sea el mismísimo Laureano Gómez, quien nos describa lo que pasaba en la ciudad a fines de octubre de 1918:

> Aquí hay de nuevo una epidemia de grippa (sic) que tiene alarmada a la ciudad. Por lo pronto tiene paralizada la vida: las oficinas están casi todas cerradas, los colegios lo mismo; se han suspendido los exámenes hasta en las facultades; se han (sic) ordenado cerrar teatros y cines y por las calles no se encuentra un alma de noche. Al principio fue cosa de risa: todo el mundo estornudando. Pero luego empezó una forma que llaman cerebral y empezó a morir gente de repente en la calle, especialmente entre los obreros. El pánico ha ido creciendo. Los entierros pasan continuamente. El problema se ha agravado porque los sepultureros, unos están enfermos, otros se han muerto en el oficio, no se consigue quien quiera hacerse cargo de él y según dicen, hay momentos en que más de cien cadáveres esperan, regados en los corredores de las bóvedas que los pongan bajo la tierra (...) Por supuesto que hay escenas curiosas: los peluqueros hace quince días están en la lata (sic), porque nadie se manda afeitar ni recortar el pelo por miedo a la bronconeumonía. (Gómez, 1918, pp. 1 y 2)

Al contrario de muchas lecturas generalizantes de las pestes –como si a todo el mundo le fuera igual en ellas–, en el relato de Gómez –al que no se le pueden atribuir veleidades izquierdistas– se resalta el mayor impacto de la peste sobre los obreros.

El historiador actual puede hacer una lectura de conjunto y hasta dar cifras:

> Así las cosas, para inicios del mes de noviembre la cantidad de fallecidos llegaba a 1.295, mientras que en septiembre sin pandemia había sido de 312. A la par había 595 hospitalizados, 250 tratados en casa, 63 presos. Tanto fue el mal causado por el virus que De Castro, el alcalde, quien también había enfermado, decretó la inmediata inhumación de los cuerpos en el cementerio central apenas fallecieran, sin presencia de familiares, y se pidió al arzobispo de Bogotá no oficiar misas en ese lugar e impedir el ingreso de los feligreses. (Castro, 2020)

No ocurre así con Laureano Gómez, quien estaba inmerso en los acontecimientos: "Ya ves que cada año tenemos la visita de alguna calamidad pública. La de este año ya ha causado más víctimas que los temblores". Lo que no le impedía lanzar dardos contra el alcalde del momento, Santiago de Castro: "Las autoridades han dejado mucho que desear…". Así fuesen copartidarios y éste lo hubiese nombrado "inspector de comedores", no dudó en tacharlo de "mula" y "estúpido" (Gómez, 1918, pp. 2 y 3).

Volvamos sobre los aparentes retornos del pasado en el presente.[6] Acá también no solo se ha revivido incluso performáticamente al "médico de la peste" con sus máscaras y sahumerios, o vuelven por medios periodísticos o académicos las memorias de las anteriores pestes, especialmente la "gripa" de 1918. También hoy en día se ha hablado de un castigo divino por los pecados cometidos o, en versiones más acordes con los tiempos de cambio ambiental, se habla de una venganza de la naturaleza por su destrucción. No faltan quienes reviven el viejo maltusianismo al decir que las pestes son una forma de ajuste poblacional. Con Alejandro Gaviria (2020, p. 20), tampoco creemos en la fábula de una fuerza punitiva de los dioses o de la naturaleza. Sin embargo, las pandemias son advertencias de nuestras vulnerabilidades y de los problemas que causa la mala relación con la naturaleza. En una u otra visión del castigo –así sea religiosa, poblacional o ambientalista– se generaliza el efecto pasando por encima de las asimétricas relaciones de poder que alimentan las diferencias sociales, raciales y de género. Y es que, aunque las pestes no suelen hacer estas diferencias, sus efectos si están muy marcados por ellas.

6 Según Juan Gossaín (2020), desde la gripa de 1918 se han presentado estas otras epidemias en el país: la gripa asiática de 1958, la gripa de Hong Kong en 1968, el ébola que brotó en 1976 y reapareció en 2018. Siguen el sida de 1981, el síndrome respiratorio del 2002, la gripa aviar del 2003 y la nueva gripa porcina del 2009.

No a todo el mundo le va igual en ese “baile”; las poblaciones más vulnerables son las más afectadas, algo que nos recordaba nada menos que Laureano Gómez. Peor si los sistemas de salud están en aguda crisis, como parece ser el caso colombiano reciente. Y, para acabar de complicar las cosas, no faltan los intentos de manejar autoritariamente las pandemias introduciendo medidas de emergencia que, aunque dicen querer cerrar las brechas sociales, terminan favoreciendo a los más ricos. Es el trasfondo de los disciplinamientos sociales, que a veces se introducen en la institucionalidad desde la bruma de las pestes.

No queremos abusar de la comparación histórica ni menos caer en fáciles anacronismos. Pero es pertinente extraer lecciones del pasado: las pestes desnudan inequidades y desequilibrios pre-existentes, y nos muestran lo mejor y lo peor de nosotros, como señalaba Saúl Franco en el epígrafe inicial refiriéndose al momento actual. En efecto, ante la coyuntura del COVID-19, factores histórico-estructurales –como la desigual situación de nuestra población y la crisis del sistema de salud– arrojan preocupantes números de víctimas y signos de colapso de la salud.

Este *Documento Ocasional* busca mostrar cómo la movilización social en el país estuvo llamando la atención sobre la crisis del sistema de salud, en especial desde la expedición de la Ley 100 de 1993. En esa dirección se hará a continuación una mirada general del sistema de salud colombiano partiendo de sus antecedentes. Luego se emprenderá el recorrido sobre las protestas en torno a este tema adelantadas por los distintos actores sociales, para finalmente concluir con unas recomendaciones.

I.

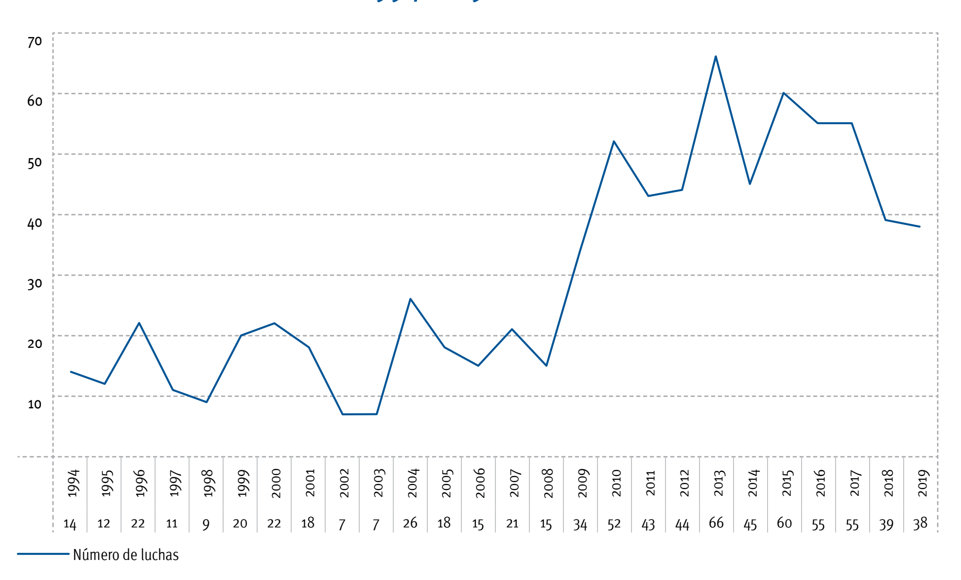
Protestas por salud: un tema de vieja data

Martha Cecilia García Velandia

Protestas por salud: un tema de vieja data

Esto es precisamente lo que muestra la Base de Datos de Luchas Sociales (BDLS) de Cinep, como puede apreciarse en la Gráfica 1: durante décadas, la salud ha estado presente en la agenda reivindicativa de diversas organizaciones y movimientos sociales, y desde la emisión de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 hasta 2019, las luchas por este motivo han ocupado el 4,5 % del total de las protestas sociales registradas en ese lapso, mostrando un comportamiento relativamente regular entre 1994 y 2008, año a partir del cual ascienden vertiginosamente para volver a disminuir desde 2017, sin caer a los bajos niveles del comienzo del periodo.

Gráfica 1. Trayectoria de las luchas sociales por salud en Colombia, 1994-2019[7]

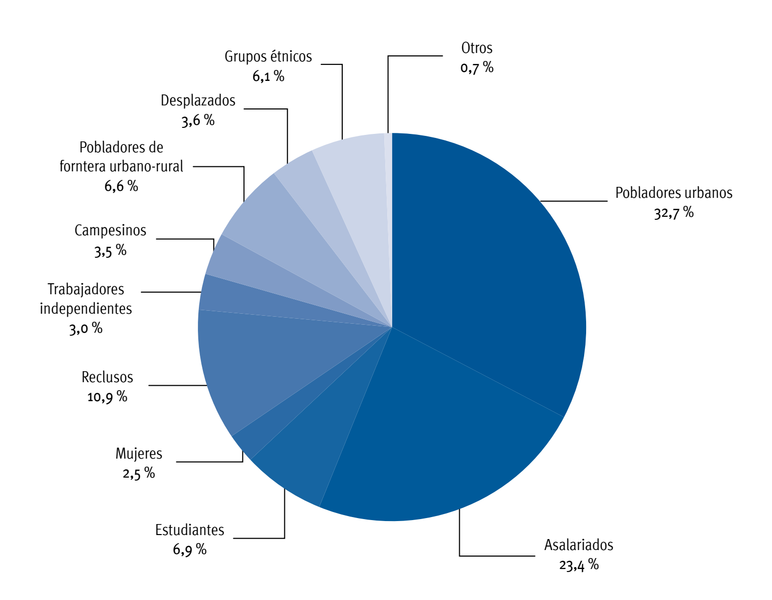


7 La fuente de esta y de las demás gráficas de este Documento es la Base de Datos de Luchas Sociales (BDLS) del Cinep.

El porcentaje de luchas por salud es bajo si se compara, por ejemplo, con el de aquellas por educación. Varios factores inciden en esta situación: la existencia de múltiples prácticas curativas que recurren a la medicina tradicional, a la medicina alternativa, a la automedicación y hasta a la hechicería, todas las cuales tienen como referentes complejos sistemas de valoraciones culturales; el énfasis puesto por las instituciones del sector en la cura de la enfermedad, en detrimento del fomento de la salud, por lo cual, la población acude al sistema cuando se siente enferma; el espíritu propio de la asistencia pública que mantuvieron los servicios de salud en los hospitales públicos, hasta bien entrados los años 90, que fomentó la creencia de que la atención hospitalaria para los pobres debía ser precaria porque era de limosna (García, 2019, p. 163), una especie de "caridad del Estado" que le impedía al usuario la posibilidad efectiva de reclamar su derecho a la salud y lo obligaba a someterse pasivamente a las limitaciones financieras, tecnológicas y humanas de las instituciones (Jaramillo, 1995, p. 110).

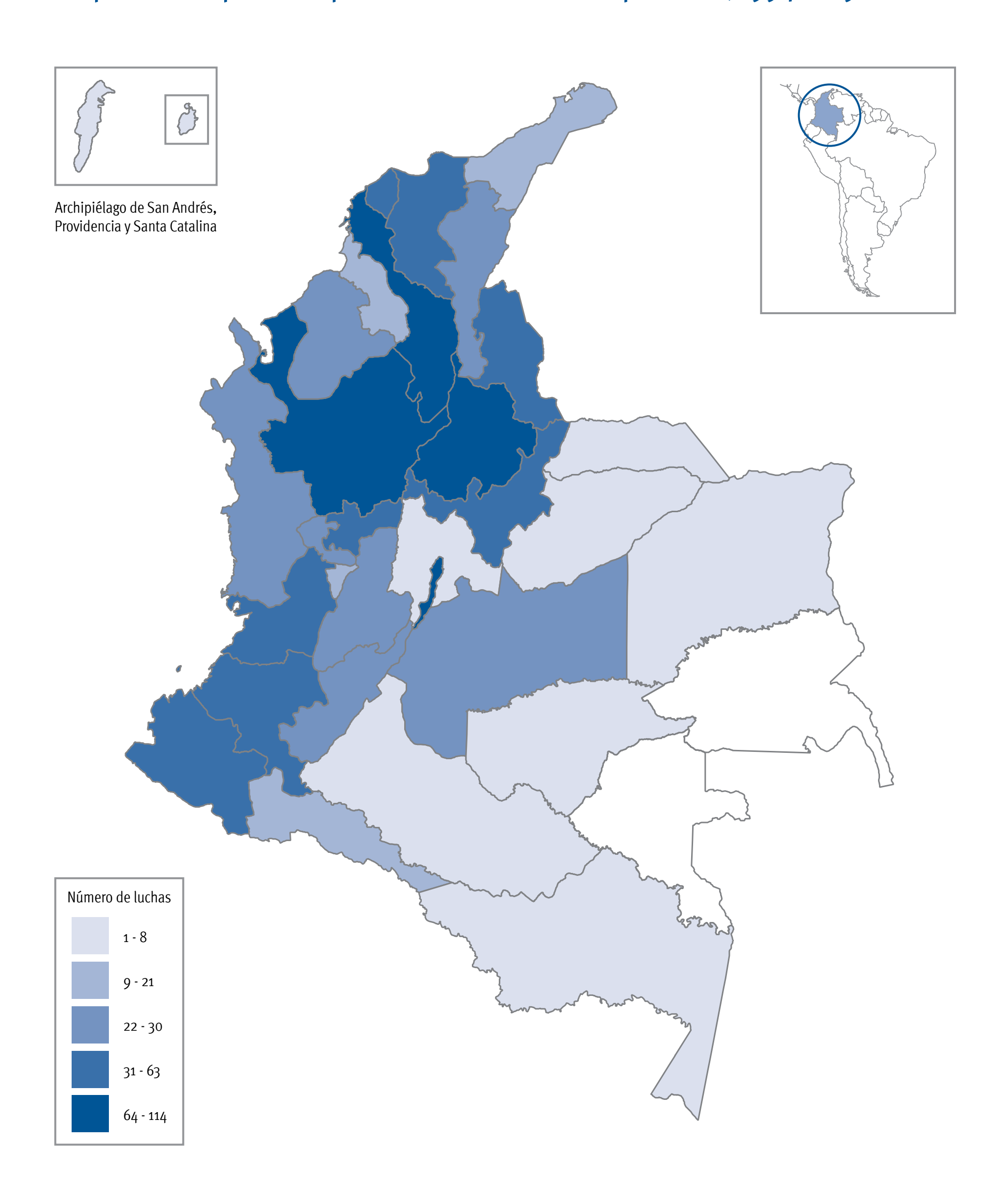
No obstante, múltiples han sido los actores sociales que han luchado de manera pública y colectiva por asuntos relacionados con la salud, como lo muestra la Gráfica 2: pobladores urbanos, asalariados, reclusos, estudiantes, pobladores de frontera urbano-rural, grupos étnicos, desplazados, campesinos, trabajadores independientes o por cuenta propia, mujeres, colectivos LGBTI, desmovilizados y gremios (estos tres últimos aglutinados, en esta gráfica, bajo la denominación de Otros). Veamos con detenimiento la participación de cada actor en estas protestas.

Gráfica 2. Actores de las luchas sociales por salud, 1994-2019



Y las luchas por la salud se han extendido por todo el país, como se aprecia en el Mapa 1. Los únicos departamentos donde no se han registrado protestas por este motivo, según la BDLS, son Guainía y Vichada, lo que no necesariamente significa que no se haya presentado alguna sino que no alcanzaron visibilidad en los medios de comunicación consultados.

Mapa 1. Participación departamental en las luchas por salud, 1994-2019



Hemos tomado como referente inicial del periodo de observación la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, porque es un parteaguas en la concepción y administración de la salud en el país, pero no constituye el único marcador de la protesta por salud. Con esta ley se creó el Sistema de Seguridad Social Integral que incluye salud, riesgos laborales, pensiones y cesantías, y se descentralizó a nivel administrativo la prestación del servicio de salud, dándole un papel preponderante a los departamentos y municipios para el cumplimiento del servicio público de salud a cargo del Estado.

Antes de esta ley, el sistema de seguridad social estaba compuesto por tres pilares fundamentales: el sistema de seguridad social, el sector público, y el sistema privado. El sistema de seguridad social estaba constituido por las Cajas de Previsión Social, el Instituto de Seguros Sociales (ISS), que atendía a los empleados del sector privado, y la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal) que, junto con otras cajas, prestaba el servicio a los empleados públicos. Las Cajas de Compensación Familiar, entidades privadas financiadas con un impuesto a la nómina, prestaban servicios de salud, recreación y educación a sus usuarios (trabajadores formales y sus familias). El sector público estaba conformado por una red de hospitales y centros de salud encargados de suministrar servicios a las personas que no pertenecían al sistema de seguridad social o cuyos ingresos eran insuficientes para acceder al sistema privado. Esta red era financiada por los departamentos con recursos provenientes del situado fiscal y de impuestos por concepto de licores, tabaco y juegos de azar, por algunos municipios que asignaban recursos de su propio presupuesto, cuando los tenían, y por el Ministerio de Salud. El sistema privado atendía a la población de ingresos altos y estaba conformado por una red privada de prestadores y aseguradores, entre los que se destacaban las clínicas, la naciente medicina prepagada y los Seguros de Indemnización en Salud (Santa María, 2010, p. 31).

Entre los argumentos gubernamentales para expedir la Ley 100 estaba la pretensión de hacerle frente a un sistema de atención en salud con serios problemas de acceso –en 1993 la cobertura en salud tan solo llegaba a un 24 % de la población–, que presentaba una gran inequidad traducida en una menor posibilidad de recibir atención y en un mayor esfuerzo financiero por parte de las familias para utilizar los servicios de salud: los gastos en consultas, medicamentos y laboratorios de los hogares más pobres representaban el 28,2 % de su ingreso total en el año, mientras que para los de mayores ingresos representaba solo el 6,5 %. Además, los hospitales estaban en crisis, el promedio de ocupación no alcanzaba el 50 %, los profesionales de la salud se mostraban insatisfechos con el sistema y los usuarios denunciaban permanentemente la pésima atención recibida (Gaviria, 2013). También se arguyó que la reforma de 1993 tenía entre sus fines evitar el monopolio del Estado sobre la salud y admitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas privadas prestadoras de salud que, además, permitieran la autofinanciación y la sostenibilidad del sistema.

Tres lustros después de haber sido emitida la Ley 100, Fedesarrollo adelantó un diagnóstico sobre el sector salud y encontró que con esta norma hubo progresos en materia de cobertura (que hoy llega al 97 %) y focalización de los servicios de salud, acompañados de mejoras en indicadores de salud como la esperanza de vida, la disminución de la incidencia de ciertos tipos de enfermedades y la reducción en la mortalidad infantil, pero persistían problemas como la desigualdad tanto en cobertura y calidad dependiendo de los niveles de ingreso, como en resultados de salud, por lo que aún no se logra la universalidad. Así mismo habían aumentado los gastos en salud –como porcentaje del PIB y per cápita–, y el incremento en los costos atados a la nómina tenía un impacto negativo sobre el mercado laboral. La estabilidad del sistema no mostraba ser autosostenible, y no se había superado la inequidad regional ni la existente entre zonas rurales y urbanas (Santa María, 2010).

En 2015, la encuesta Nacional de Demografía y Salud determinó que el 45,9 % de la población total estaba afiliada al régimen contributivo, el 45,3 % tenía afiliación al régimen subsidiado y el porcentaje de no afiliados era de 5,5 %. La población de las zonas rurales que acudía al médico o a una institución de salud llegaba al 57,4 %, nueve puntos porcentuales menos que el de las zonas urbanas (66,5 %), además, la encuesta encontró que entre 2010 y 2015 disminuyeron esos porcentajes, tanto en las áreas urbanas como rurales y también entre mujeres y hombres, mientras aumentaron las opciones de farmacia, remedios caseros y automedicación (Profamilia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (Mnsss) considera que la Ley 100 de 1993 concibe el modelo de prestación del servicio de salud como un negocio (y a la salud como una mercancía) al que se accede según la capacidad de pago, al haber dejado su administración a cargo de tres tipos de entidades privadas: las Entidades Promotoras de Salud (EPS),[8] intermediadoras entre el Estado, los ciudadanos y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS, públicas o privadas),[9] y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS),[10] y al ofrecer un restringido paquete de servicios limitados que no incluye ni todos los tratamientos especializados ni todos los medicamentos necesarios para atender la salud de los usuarios de estos servicios (Mnsss, 2010).

8 Entidades particulares a las que se les encargó administrar los recursos del Sistema que son públicos y tienen destinación específica, pero que sin la vigilancia del Estado y con la permisividad del Estado, empezaron a utilizarlos como si fueran recursos particulares que podrían manejar a su propio arbitrio. La desviación de los recursos dentro del sistema de salud ha sido una de las consecuencias de la liberalización de la salud al mercado y de la implementación del modelo de aseguramiento en cabeza de las EPS (Wills, 2016, p. 25).

9 En 2015, existían 968 IPS públicas y 4.565 privadas, una relación de 1 a 4,7 (Bernal y Barbosa, 2015, p. 434).

10 Estas yo no existen, porque las EPS tomaron las responsabilidades tanto del régimen contributivo, como del subsidiado.

II.

Un sistema de salud ilegítimo socialmente, no garante del derecho a la salud

Mauricio Torres Tovar

Un sistema de salud ilegítimo socialmente, no garante del derecho a la salud

> *Comprendemos el derecho fundamental a la salud como un derecho universal, de carácter individual y colectivo, que requiere de la existencia de un sistema de protección que otorgue a las personas, sin discriminación, una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (Organización de Naciones Unidas, 2000). La salud como derecho envuelve tanto el acceso oportuno, eficaz y de calidad a los servicios de salud, como todas las acciones de promoción, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación (Colombia, 2015), así como exige la existencia de una política pública participativa orientada a lograr su goce real y efectivo (Corte Constitucional, 2008).*

Al parecer, uno de los aspectos que caracteriza a las pandemias, en tanto fenómeno social y sanitario colectivo, es que develan con crudeza lo que sucede en el seno de las sociedades, como lo ha mostrado el preámbulo de este *Documento Ocasional*. Para el caso colombiano, uno de los asuntos que la pandemia de COVID-19 ha revelado con enorme fuerza es la crítica situación del sistema de salud, que ya se sabía y se ha denunciado por muchos años, relacionado con el debilitamiento de las respuestas públicas para enfrentar los problemas de salud colectiva y con la configuración de precarias condiciones laborales de los trabajadores del sector salud.

Estas circunstancias se han forjado por el tipo de sistema de salud implantado por la Ley 100 de 1993 que mercantilizó la salud, sobre la base de una afiliación individual obligatoria a empresas aseguradoras de carácter privado (EPS), ante las que es necesario mostrar capacidad de pago para recibir los servicios de salud, que han sido incorporados al escenario del mercado, lo que obliga a venderlos, como cualquier otro bien o servicio, para sobrevivir como institución prestadora de servicios de salud

(ya sea una IPS o una ESE).[11] Otra vía para la sobrevivencia de estas instituciones ha sido la precarización laboral de sus trabajadores/as.

Privatización y financiarización de la salud

La Ley 100 es la concreción en el campo de la seguridad social de las reformas neoliberales estructurales impulsadas por los organismos financieros internacionales en los años ochenta del siglo pasado. Tal ley incorporó al mercado los componentes de salud, riesgos laborales y pensión de la seguridad social, en un proceso de financiarización, en el que los dineros públicos de estos componentes viajan a través del sistema bancario que se lucra de ellos a partir de la especulación, siendo pieza clave para esto la intermediación financiera establecida en el modelo con las EPS, las ARL y las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Para ajustar este modelo, en el sistema de salud se pasó del denominado subsidio a la oferta, en el que el Estado giraba directamente los recursos anuales a los hospitales para su funcionamiento, al subsidio a la demanda, en el que las instituciones de salud solo reciben dineros por los servicios que facturan a las EPS, algunos de los cuales pueden ser glosados y, por lo tanto, no pagados. Si las IPS o las ESE no venden servicios, porque no logran contratos con las EPS, o no reciben los pagos de ellas, simplemente fallecen, como le ocurrió al Hospital San Juan de Dios de Bogotá, con más de 200 años de historia y a otras muchas instituciones de la red pública hospitalaria del país.

Destrucción de lo público en salud

Con el proceso de privatización instaurado por la Ley 100 de 1993 se dio una destrucción sistemática y paulatina de la institucionalidad pública, tanto de la seguridad social, como de la red hospitalaria, ocasionando la desaparición del Instituto de Seguros Sociales y el cierre de muchos centros de salud y hospitales públicos, lo que en ningún otro país ha ocurrido.

---

11 En el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social, establecido por la Ley 100, los hospitales públicos –que eran entidades de carácter departamental o municipal– fueron transformados en empresas sociales del Estado (ESE) cuyo objeto es prestar servicios de salud como servicio público a cargo del Estado, bajo un régimen jurídico que les posibilita participar en el mercado y les obliga a garantizar su rentabilidad social y financiera. Estas empresas son entidades públicas descentralizadas, con autonomía financiera y administrativa, pero regidas por el derecho privado en materia contractual. Las personas vinculadas a la empresa tienen el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales.

Esta destrucción trajo de la mano un enorme debilitamiento de la respuesta pública a los problemas colectivos de salud de las comunidades del país. A lo que se suma que el esquema de aseguramiento desterritorializa la salud, la persona es vista como un simple afiliado, del cual se recibe anualmente la Unidad de Pago por Capitación (UPC), fuente de ganancia de las EPS, pero de quien no interesa conocer en qué territorio habita, cuáles son sus condiciones de vida y trabajo, en tanto no se dan procesos de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención temprana y oportuna. Este modo de atención al público espera que la persona enferme y busque atención, pero para recibirla debe sortear un conjunto de barreras de orden administrativo, geográfico, económico y cultural, porque parte de esta dinámica ha establecido un conjunto de itinerarios burocráticos que han llevado al extremo de generar lo que la gente ha denominado *el paseo de la muerte* (Abadía y Oviedo, 2009).

En este enfoque, la salud pública fue convertida en un paquete de servicios, denominado inicialmente PAB (Plan de Acciones Básicas), luego PIC (Plan de Intervenciones Colectivas), que está a cargo de los entes territoriales regionales y locales, que en este proceso han sido debilitados y han entrado en la lógica del mercado, por lo que no realizan acciones que vayan más allá de lo que está incluido en el PIC. Así se ha reducido la salud pública a un conjunto de acciones que no dan cuenta de las dinámicas sociales, territoriales y poblacionales que determinan los problemas colectivos de salud a los cuales tendría que dar respuesta.

Deterioro laboral en el sector salud

Los cambios emanados de la Ley 100 en las condiciones laborales y de trabajo del personal de salud se explican porque se articulan al proceso de privatización, cuando se constituye en otro elemento de ganancia y de sobrevivencia para las instituciones de salud. El componente laboral de las reformas estructurales de los años ochenta, en este caso, se articuló con el de seguridad social, y permitió que las y los trabajadores del sector salud empezaran a ser contratados con formas flexibilizadas, intermediadas, con un franco deterioro de sus salarios.

El conjunto de organizaciones sindicales del sector salud y de agremiaciones de profesionales de la salud ha venido denunciando –antes de la pandemia y con más intensidad durante ella– las graves condiciones laborales en que se encuentran sus afiliados, referidas a la ausencia de pago de salarios por meses a muchos de estos trabajadores, a que el grueso de personal está contratado de forma inestable por prestación de orden de servicios, y a las muy débiles o ausentes medidas de

salud y seguridad en el trabajo, como se ha visto en esta pandemia. De manera particular, han denunciado la falta de garantías de bioprotección por parte de los empresarios y gerentes de las instituciones de salud, y el desentendimiento de las ARL frente a su responsabilidad de actuar para proteger la salud y la vida del conjunto de trabajadores de la salud que se encuentra afiliado a ellas (Gran Coalición por los Trabajadores de la Salud, 2020).

Respuesta limitada del sistema tanto a la pandemia de COVID-19 como a la salud de la población

El sistema de salud colombiano se ha caracterizado por el poco desarrollo de los procesos de prevención y vigilancia en salud, en tanto su énfasis ha sido la atención cuando los eventos de enfermedad aparecen. Con relación a las medidas tomadas frente a la epidemia por SARS-CoV-2, hay que señalar que la infección tardó un par de meses en llegar al país; esto dio tiempo para prepararse, pero la fase de prevención fue muy débil y realmente lo que se ha hecho con las medidas de aislamiento es contención, lentificando el contagio con el virus. Ahora con la flexibilización del aislamiento y los argumentos de salvar la economía, empezaron a incrementar, de manera acelerada, el contagio y las muertes, por lo que no se puede decir que en los tres meses, desde que se diagnosticó el primer caso en el país (6 de marzo de 2020), se haya aplanado la curva.

De otro lado, el énfasis de la respuesta está en aumentar las camas de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), reforzando el enfoque hospitalo-céntrico del sistema, sin desarrollar el componente más importante desde el campo de la salud pública, la vigilancia territorializada con equipos de salud, para la detección de casos de forma temprana, lograr un aislamiento a tiempo, y hacer seguimiento a la condición de salud de las personas contagiadas, como lo han hecho en Camboya, Vietnam, Cuba, Costa Rica, entre otros países que han tenido un control adecuado de la pandemia.

La situación del COVID-19 en regiones apartadas como Leticia, Tumaco y Quibdó, donde las tasas de enfermedad y mortalidad son las más alta del país, ha revelado también que la situación del sistema de salud es aún más precaria en los territorios no centrales del país, lo que para situaciones como estas, tiene consecuencias letales en la población. Esto se explica de nuevo por el modelo de mercado, en tanto las EPS no tienen interés en estos territorios porque no son fuente de lucro y allí solo existe una red pública hospitalaria totalmente diezmada.

Un asunto que llama la atención, es que no solo tenemos problemas de salud en el país por el COVID-19, sino también por dengue, tuberculosis, malaria, fiebre amarilla, malnutrición, hipertensión, diabetes, cáncer, entre otras enfermedades, a las cuales tampoco está respondiendo adecuadamente el sistema de salud, y menos aún hoy con el aislamiento que ha frenado la atención al conjunto de problemas de salud de la población que demandan prestación de servicios.

III.

Peticiones, esperas y propuestas alrededor de la salud desde las calles y tras los barrotes

Martha Cecilia García Velandia

Peticiones, esperas y propuestas alrededor de la salud desde las calles y tras los barrotes

El sociólogo argentino Javier Auyero ha llamado la atención sobre una situación que describe como *algo que está a punto de suceder y mientras tanto la gente sigue esperando*, y que le ha permitido afirmar que la espera funciona como un mecanismo de dominación estatal (Auyero, 2013). Cuando se observan las luchas por salud emprendidas por pobladores urbanos, reclusos, estudiantes, trabajadores independientes y mujeres encontramos que hace muchos años esperan una solución estatal ante la precariedad del sistema de salud, pero también hallamos que esa espera se interrumpe abruptamente con cada protesta que expresa intolerancia ante esa desidia estatal, indignación ante la sordera a sus peticiones y esperanza de que sus propuestas sean escuchadas por los entes que tienen en sus manos resolver la crisis que hemos venido describiendo. Veamos a continuación cómo estos actores sociales subvierten la espera.

Pobladores urbanos

Los pobladores urbanos han participado en el 32,7 % de todas las luchas sociales acaecidas en el país entre 1994 y 2019 que han tenido entre sus motivaciones asuntos relacionados con la salud. Sus demandas van desde la construcción, dotación y puesta en marcha de centros de salud y hospitales de mediana y alta complejidad, pasando por la atención de ancianos, de trasplantados o de poblaciones con algún tipo de discapacidad y de pacientes con enfermedades huérfanas o a la espera de donación de órganos, mitigación de afectaciones en la salud causadas por problemas ambientales, hasta los reclamos por una urgente modificación del sistema de salud construido a partir de la Ley 100 de 1993, asunto que se ha convertido en bandera de buena parte de las luchas sociales por la salud.

A lo largo del periodo y a lo ancho del país se encuentran en las movilizaciones sociales de los pobladores urbanos peticiones de construcción, reparación, readecuación de hospitales y centros de salud, así como reclamos por el incumplimiento de promesas o acuerdos para satisfacer estas demandas de infraestructura física que, generalmente, se acompañan de otras referidas a la dotación de esos espacios, a la entrega de medios de transporte de pacientes y a la asignación de personal médico suficiente, las 24 horas del día.

Durante el lapso observado también se registran reclamos de estos mismos actores sociales ante autoridades locales por la falta de control a problemas ambientales y atención a sus efectos sobre la salud: presencia de industrias en zonas residenciales que se ven afectadas por el lanzamiento al aire de partículas altamente tóxicas; contaminación de suelos, aguas y aire por presencia de rellenos sanitarios y botaderos a campo traviesa; contaminación aérea por explotaciones mineras a gran escala, y de ríos y arroyos por vertimiento en ellos de residuos industriales; localización de antenas de telefonía móvil en barrios sin que los vecinos tengan claros cuáles son los efectos sobre la salud de las emisiones de ondas electromagnéticas. También se pidieron campañas de vacunación y erradicación de enfermedades como el dengue, el zika y la chicunguña, así como otras tendientes a evitar la estigmatización de portadores de VIH, o de drogodependientes. En épocas de crudos inviernos se acentuaron las protestas por la falta de previsión de los riesgos y desastres y por la ausencia de una atención inmediata a los damnificados.

Además de estas persistencias, durante el periodo se observan cuatro puntos altos de protesta de pobladores urbanos por temas relacionados con políticas públicas en salud: en 1999, 2004, 2010 y 2015. El primer momento responde a una las modificaciones introducidas por la Ley 100 de 1993: la transformación de los hospitales públicos en ESE, que fue entendida por usuarios y trabajadores como la privatización de los servicios de salud que estaban a cargo de la nación o de entes territoriales. Este proceso se había iniciado en 1995, y en 1999 muchas ESE-hospitales daban muestras de una profunda crisis presupuestal que se manifestaba en la desmejora de la atención y en el cierre paulatino de servicios de salud. Ese mismo año, el gobierno adelantó convenios con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para llevar a cabo el “Plan de mejoramiento hospitalario”: una restructuración de la red pública que propendió por reducir un tercio de las plantas de personal como medida para paliar la crisis y se enfocó en los trabajadores oficiales: vigilantes, conductores, auxiliares de enfermería y servicios generales (Borrero, 2014, p. 112).

El segundo pico, en 2004, se manifestó una década después de la aprobación de la Ley 100 de 1993, cuando los usuarios de los servicios de salud reclamaron al gobierno nacional que cumpliera su promesa de remontar la crisis financiera que

tenía al borde del cierre a la mayoría de hospitales públicos del país. Aunque se habían adelantado procesos de reestructuración que significaron el despido de cientos de trabajadores y se promovieron planes de ajuste y préstamos billonarios a esos hospitales, buena parte de ellos estaba agónica, por lo que restringían los servicios y su calidad desmejoraba ostensiblemente.

Mientras su situación y la de algunas EPS fueron empeorando y los organismos de inspección, vigilancia y control incurrían en graves fallas, los usuarios continuaron movilizándose pública y colectivamente para reclamar mejor atención en salud y las tutelas por esta misma razón aumentaron vertiginosamente, al punto de que la Corte Constitucional emitió en 2008 la sentencia T-760 sobre el derecho fundamental a la salud,[12] violado recurrentemente, entre otras razones, por problemas estructurales como los relacionados con el flujo de recursos del sistema de salud. Impartió órdenes a la Comisión de Regulación en Salud para que hiciera efectivos los postulados legales en cuanto a la cobertura universal y la actualización anual de los Planes Obligatorios de Salud (POS). Y le ordenó al Gobierno disminuir las tutelas, afirmando que la vía judicial no podía ser el mecanismo para acceder a los servicios de salud.

A pesar de que esta sentencia le recordaba al gobierno sus obligaciones en materia de salud y del énfasis puesto en la universalidad del derecho a la salud, a finales de 2009 la magnitud de los problemas del sector –entre los que sobresalían irregularidades en el precio de los medicamentos, pagos de recobros cuando no se había prestado el servicio, falsos pacientes, falsas tutelas e influencia para tramitar recobros–, impulsó al gobierno a declarar la emergencia social en salud mediante decreto que junto a los 15 que se desprendieron de él fueron declarados inconstitucionales, porque agravaban la inequidad y limitaban el goce efectivo del derecho constitucional a la salud, al establecer barreras que impedían su ejercicio.

Esto contribuyó al aumento significativo de movilizaciones de pobladores urbanos en 2010, cuando se presentó el tercer pico de protestas de estos actores sociales, para exigir que no se restringiera el derecho a la salud, porque consideraban que sería vulnerado por la forma como se contemplaba en el proyecto de ley estatutaria de reforma a la salud. En el segundo semestre de ese mismo año, el Movimiento Nacional por la Salud convocó varias jornadas nacionales por la defensa de la salud como derecho fundamental –tal como lo declaró la Corte Constitucional en la sentencia T -760–, con las que buscaba despertar la sensibilidad en la ciudadanía frente a la grave crisis de la red hospitalaria en el país e iniciar la campaña “Hacia

12 A mediados de este mismo año, senadores de oposición plantearon moción de censura contra el ministro de salud motivada, entre otras causas, por haber adelantado un proceso errático de liquidación del ISS con el que se puso fin al aseguramiento público, cuando había prometido un proceso de reestructuración y salvamento para esta entidad.

una iniciativa popular normativa y legislativa: mandato ciudadano séptima papeleta por el derecho a la salud 2011", que proponía una reforma concertada al sistema de salud.

Un año antes del cuarto pico de protestas protagonizado por pobladores urbanos, y bajo la consigna "Porque la salud no es un negocio, no a la reforma a la salud", se llevó a cabo una marcha nacional convocada por múltiples organizaciones que gravitaban alrededor del derecho a la salud para pronunciarse contra el intento del gobierno de aprobar, de espaldas a la ciudadanía, un proyecto de reforma al sistema de salud, y por la liquidación de más de dos decenas de hospitales públicos en el país. El proyecto se aprobó como Ley 1438 de 2011, pero diversos grupos sociales y organismos de control prefirieron poner sus esperanzas en la emisión de una ley estatutaria mediante la cual se eliminaran las barreras de acceso y se implementara un modelo de atención centrado en el usuario.

El 16 de febrero de 2015 se emitió la Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud que la consagra como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección, es decir, a nadie se le puede negar el acceso al servicio de salud y todos los colombianos tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad, en cualquier parte del territorio nacional. Planteó la necesidad de garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad. Instó al Estado a adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida, para lograr la equidad dentro del Sistema de Salud. Priorizó la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adultos mayores, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad. Acabó con el concepto del POS, al establecer una lista de los servicios de salud que están excluidos (anteriormente, el POS listaba los servicios a los que los pacientes podían acceder). Otorgó autonomía a los profesionales de la salud en sus decisiones al momento de tratar a un paciente y ordenó al gobierno regular el precio de los medicamentos.

A pesar de los deseos gubernamentales de que con la aplicación de esta ley cesaran las tutelas para reclamar servicios de salud, en 2015 se presentó el mayor número de tutelas registradas hasta ese momento y, simultáneamente, el mayor pico de luchas sociales por este motivo. En ese año, se intensificaron las protestas de usuarios de los servicios de varias EPS, comenzando por Caprecom, para reclamar su derecho a la salud ante el cierre inminente de estas entidades. Los afiliados a la EPS Saludcoop le volvieron a exigir el pago de deudas a distintos hospitales regionales porque

desde 2012 les habían venido suspendiendo la prestación de servicios por no pago. La seguidilla de protestas por la falta de atención por el no pago de las EPS a los hospitales continuó hasta 2019 contra Coomeva, Nueva EPS, Cafesalud, Comfamiliar, Medimás, el Servicio de Salud de las Fuerzas Militares, Capital Salud, Savia Salud, Asociación Mutual La Esperanza y Salud Total.

Aunque en 2018, según la Defensoría del Pueblo, 19 EPS se encontraban con medidas de vigilancia especial por parte de la Superintendencia de Salud, continuaban manejando recursos públicos destinados a este sector y respondiendo por la atención de la salud de la población, sin que eso hubiera implicado un cambio de orientación de la política pública en este campo. Y el actual Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 les devolvió el manejo de los recursos de la salud a estas entidades tan cuestionadas.

Con el argumento de fortalecer a la Superintendencia de Salud en su tarea de vigilar los recursos públicos del sector, el 8 de enero de 2019 se emitió la Ley 1949. En el transcurso de ese año, la entidad ejecutó medidas de "intervención forzosa para administrar", con las cuales, fueron sacados a flote 10 hospitales públicos que estaban en riesgo de cierre definitivo; 22 de las 44 EPS existentes, de régimen contributivo y subsidiado, fueron puestas bajo medidas especiales, cuatro de ellas fueron liquidadas y sobre tres más se ordenó revocatoria parcial de funcionamiento, es decir, que dejaran de operar en algunos de los departamentos en los que prestaban sus servicios. Las razones: bajos indicadores de desempeño –mora en el pago a los prestadores de los servicios de salud y mala atención a sus usuarios–, incumplimiento en los requerimientos de información a los organismos de control y condiciones financieras que las hacían inviables. Mismas razones que lanzaron a diversos actores sociales a protagonizar alguna manifestación pública y colectiva, durante el periodo observado.

Reclusos

A lo largo del periodo se han registrado protestas de reclusos y de sus familiares en la mayoría de los 137 establecimientos carcelarios del país, y sus reclamos se repiten una y otra vez, exigiendo garantía a derechos fundamentales que no pueden ser conculcados a pesar de estar privados de la libertad, entre los que se destaca el derecho a la salud, pues, a comienzos del siglo XXI, casi la mitad de los centros de reclusión carecía de agua corriente y potable, de alcantarillado, ventilación y baterías sanitarias (Defensoría del Pueblo, 2003), y en la mayoría de cárceles la alimentación

era pésima, carecían de servicios de enfermería, de atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica y, cuando los tenían, eran de baja calidad.

La sobrepoblación[13] y las deficiencias locativas y sanitarias de los centros carcelarios son factores de riesgo que favorecen la adquisición y transmisión de enfermedades. La prestación de servicios de salud para la población recluida es obligatoria por parte del Estado, y la Corte Constitucional determinó en 1998,[14] mediante las sentencias T-606 y 607, que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario debía garantizar la atención médica de todos los presos del país, constituir un sistema subsidiado de seguridad social en salud y afiliarlos a una EPS, lo que solo ocurrió una década después, en 2007, cuando el gobierno decretó que Caprecom sería la única EPS encargada de la prestación de los servicios de salud en las cárceles. Pero esto, lejos de solucionar el problema, lo agudizó y el acceso de los reclusos a los servicios de salud siguió mediado por la interposición de tutelas,[15] muchas veces desacatadas.

Entre 2007 y 2013 ascendió el número de protestas de reclusos y de sus familiares, llegando a 36, un promedio de 5 por año, para reclamar al gobierno nacional una atención integral y digna en salud para los internos. A finales de mayo de 2013, el gobierno declaró la emergencia carcelaria, y entre las causales se esgrimió la precariedad del servicio de salud que ofrecía Caprecom, lo que quedaba en evidencia en cada protesta de reclusos. En 2014, 2015 y 2016 se dictaron leyes y decretos para establecer y regular el esquema de salud para la población privada de la libertad y, finalmente, para ordenar la afiliación de esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tanta normatividad no evitó un nuevo ascenso de la protesta intracarcelaria ni que en 2016 internos de trece centros penitenciarios del país entraran en huelga de hambre y los de tres cárceles permanecieran hasta mayo en desobediencia civil para exigir una respuesta por la falta de atención médica. En diciembre de 2015 el Ministerio

13 En 2020, la totalidad de los centros carcelarios tienen capacidad para albergar 78 mil internos pero son habitados por 180 mil, según datos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (BBC, 2020). Al incremento del hacinamiento han contribuido dos factores: el aumento de la tasa de encarcelamiento y la disminución de centros penitenciarios. La primera aumentó 111 % entre 2008 y 2013, debido a la creación de delitos, el aumento de penas para delitos concretos y la restricción de los beneficios, mientras los segundos disminuyeron entre 1993 y 2016 de 175 a 138 centros (Arenas y Cerezo, 2016, pp. 178 y 180).

14 Cuando, alarmada por la cantidad de tutelas en las que presos de diferentes cárceles del país exigían mejores condiciones penitenciarias, debido a la falta de un sistema de seguridad social en salud para sindicados y reclusos, declaró el estado de cosas inconstitucional, figura que ha sido utilizada en pocas ocasiones (esta era la tercera vez que se recurría a ella) y que se configura cuando hay una vulneración histórica, estructural y lo suficientemente grave de los derechos fundamentales de una determinada población (Ámbito Jurídico Legis, 2011).

15 El derecho a la salud ocupa el segundo lugar entre los motivos que han tenido los reclusos para interponer tutelas, después del derecho a la vida, a la dignidad humana, a no recibir tratos crueles ni degradantes, y a la intimidad (Ámbito Jurídico Legis, 2011).

de Salud había decidido liquidar a Caprecom por las innumerables deficiencias en la prestación del servicio y por los malos manejos administrativos.[16] La EPS le debía dinero prácticamente a todas las IPS y hospitales, el personal médico no estaba recibiendo sueldo, no había medicamentos y los hospitales no estaban atendiendo enfermos remitidos desde las cárceles. En 74 centros carcelarios había 611 internos con VIH, 89 con cáncer, 1.112 con diabetes insulino-dependientes, 2.884 con problemas psiquiátricos y 188 con enfermedades pulmonares crónicas que requerían tratamiento, según informó el Ministerio de Justicia. La Defensoría del Pueblo aportó otros datos: en el 55 % de los establecimientos carcelarios no se suministraban fármacos, en el 83 % no había insumos médicos, cerca de 10.000 pacientes no habían recibido los procedimientos solicitados, y solo había un doctor por cada 496 internos (Semana, 7 de mayo de 2016).

La situación se salió de control y el gobierno decretó, nuevamente, emergencia carcelaria en materia de salud, el 7 de mayo de 2016, pero imperaba la incertidumbre de cuál ente brindaría servicios de salud a la población carcelaria, y el nuevo modelo que se había diseñado a finales de 2015 para la prestación de estos servicios a la población recluida no contaba con una ruta que garantizara el acceso a él, por lo que en varios establecimientos los reclusos se declararon en desobediencia civil, algunos recurrieron a acciones simbólicas, como coserse sus bocas, para exigir la inmediata solución a sus demandas. Sentadas y marchas del silencio en los patios se sumaron a las manifestaciones que exigieron que se tomaran medidas concretas para atender la crisis de salud, que ya había cobrado la vida de varios reclusos. Después bajaron notoriamente las protestas por salud de los reclusos, presentándose solo cuatro en los tres años restantes del periodo. En ellas se exigió el cumplimiento de compromisos en esta materia.[17]

16 Esta fue una de las EPS públicas más grandes del país y dentro de sus pacientes estaban 128.000 presos, más de 10.000 habitantes de calle, cerca de 15.000 niños atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 20.000 desmovilizados, medio millón de desplazados y por lo menos dos millones de personas con Sisben, según la Base de Datos Única del Fosyga (Semana, 28 de diciembre de 2015). La entidad no solo estaba endeudada, sino que no daba abasto (Semana, 7 de mayo de 2016).

17 Los reclusos han tenido una importante participación en las luchas sociales que durante la pandemia han denunciado lo señalado anteriormente: las deficientes condiciones sanitarias de las cárceles que, para este grave contexto, favorecen las condiciones de reproducción del SARS-CoV-2, y las precarias condiciones de atención, asunto que se ha confirmado con los altos índices de contagio dentro de los centros de reclusión. Estas protestas han sido fuertemente reprimidas, como lo evidenció la acción policiva en la Cárcel Modelo, el 21 de marzo de 2020, que le costó la vida a 23 reclusos y dejó 90 heridos en su mayoría internos y algunos dragoneantes.

Estudiantes

El 80 % de las luchas estudiantiles por salud, durante todo el periodo observado, fueron protagonizadas por estudiantes de ciencias de la salud, quienes se concentraron en exigirle al Estado el salvamento de la red hospitalaria y, principalmente, de los hospitales universitarios donde realizaban sus prácticas. Algunos centros médicos fueron clausurados tras padecer una lenta agonía, y otros fueron cerrados, liquidados y posteriormente reabiertos ya convertidos en Empresas Sociales del Estado, pero se mantienen en permanente crisis presupuestal, con lo cual se merma su capacidad de prodigar servicios de salud a sus usuarios y de continuar siendo centros de estudios para personal médico.

El Hospital de La Hortúa (o San Juan de Dios) de Bogotá, que prestaba servicios de alta complejidad y donde hacían prácticas los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional, fue clausurado en septiembre de 2001, a pesar del largo historial de luchas de los estudiantes de medicina, médicos y trabajadores hospitalarios pidiendo su salvamento, que va de 1974 hasta el mismo momento de su cierre (García, 2019, pp. 161 a 168). Un decenio después, los estudiantes de medicina de la UN aún realizaban movilizaciones para protestar por la falta de un hospital universitario donde realizar sus prácticas. Llevaban 12 años mendigando prácticas por todos los hospitales de la ciudad y coreando "Quiero un hospital". Mientras tanto el San Juan de Dios se seguía desmoronando.

El Hospital Universitario Infantil Lorencita Villegas de Santos entró en liquidación en 1999. Dos años después, estudiantes de las universidades Nacional, Pedagógica y Distrital, y decenas de extrabajadores y pensionados, tomaron el hospital para pedirle al gobierno nacional que evitara su ruina para que pudiera seguir brindando servicios de salud a la población infantil y de educación a estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario y de la Escuela de Medicina. En 2004 se puso a la venta, al año siguiente fue adquirido por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y reabrió sus puertas en 2007 bajo el nombre de Central de Urgencias del Hospital Infantil de San José.

El Hospital Universitario Ramón González Valencia, de Bucaramanga, fue el hospital regional del oriente del país y centro de formación de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander (UIS), quienes llevaron a cabo diez movilizaciones –y los usuarios de los servicios que prestaba este hospital realizaron cinco más– para exponer las que ya se han convertido en banderas de la lucha por la preservación de los hospitales en el país: la exigencia al gobierno nacional y a las EPS del pago de las deudas millonarias que tenían con el hospital, porque se fueron

cerrando varios servicios, perjudicando tanto a los pacientes como a los estudiantes de medicina que realizaban allí sus prácticas. También pidieron que se traspasara la administración del hospital a la UIS bajo la modalidad de IPS, sin intermediarios privados y sin que los trabajadores fueran contratados mediante cooperativas y propusieron la reorganización de la red pública departamental de hospitales, la eliminación de la intermediación de las EPS y la reforma a la Ley 100. El hospital fue liquidado a comienzos de 2005 para dar paso a la ESE Hospital Universitario de Santander.

En 2005, poco antes del cierre del Hospital Universitario de Barranquilla, trabajadores de este y estudiantes de la Universidad del Atlántico protestaron por la liquidación del hospital y la inminente clausura de los hospitales del Niño Jesús y el Departamental de Sabanalarga (ambos también transformados en ESE). El Universitario había quedado como el único centro asistencial público que prestaba servicios de tercer y cuarto nivel de complejidad en la región Caribe, después del cierre del Hospital Universitario de Cartagena en 2003, pero presentaba los mismos síntomas que muchos otros de sus pares: un marcado desequilibrio financiero que implicaba una severa incapacidad funcional para prestar servicios, agravado por elevados pasivos acumulados, embargo en sus cuentas corrientes, retraso en la cancelación de obligaciones con sus trabajadores y proveedores, un déficit presupuestal y una deuda acumulada que, en conjunto, sumaban varios billones de pesos.

El Hospital Universitario del Valle (HUV) Evaristo García Piedrahita, centro asistencial de tercer nivel que brinda servicios a personas del Valle, Cauca, Nariño, Putumayo y Chocó, y cuna de la facultad de Medicina de la Universidad del Valle, fue transformado en ESE en 1995. En 2015 estuvo al borde del cierre por un billonario déficit para su funcionamiento. En ese momento, los estudiantes de medicina se movilizaron en cuatro oportunidades para pedir a los gobiernos departamental y nacional encontrar una solución a su inminente liquidación. La gobernadora optó porque el HUV se acogiera a la Ley 550 o ley de quiebra, se despidieron más de 500 trabajadores entre médicos, enfermeras y técnicos, se rebajaron los gastos y se logró un acuerdo con las EPS para que las deudas que tenía el departamento con estas fueran pagadas directamente al hospital. Así se saldaron paulatinamente las deudas y hoy continúa con su función de proveer salud al suroccidente del país. En ese mismo año, estudiantes de medicina de la Universidad Libre de Cali, se movilizaron para pedir la reapertura de la Clínica Rafael Uribe Uribe SAS de Cali, donde hacen sus prácticas. Esta clínica hizo parte del desaparecido Instituto de Seguros Sociales, hasta cuando este fue disuelto en 2003. La clínica fue dejada en manos de Caprecom y se fue deteriorando hasta que en 2008 fue liquidada y entregada a la Universidad Libre en asocio con Comfenalco Valle.

En 2016, el turno fue para los estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena, quienes realizaron tres movilizaciones, para pedir el salvamento del Hospital Universitario del Caribe, que estaba inmerso en una profunda crisis financiera, producto de las deudas billonarias de las EPS. A este hospital le "compran" servicios el departamento y su capital, y reemplazó al Hospital Universitario de Cartagena al que acudían personas de Sincelejo, Barranquilla y Montería, donde se formaban estudiantes de la Universidad de Cartagena y fue el primer hospital público de tercer nivel liquidado en el país, a mediados de 2003. En la década de 2010, las luchas de los estudiantes de medicina de las universidades Santiago de Cali, Tecnológica de Pereira, San Martín (de Sabaneta, Antioquia), de Cartagena, Rafael Núñez y Libre (de Cartagena), y de Caldas, además de propender por el rescate de los hospitales universitarios sumidos en profundas crisis, se dirigieron a exigir condiciones dignas para realizar sus prácticas.

Durante todo el periodo observado la movilización de estudiantes de medicina de distintas universidades del país contribuyó a poner en evidencia las fallas del Sistema Integral de Salud instaurado por la Ley 100 de 1993, que coadyuvaron a sumir a tantos hospitales en crisis difícilmente superables. Los intentos de reformar parcialmente el sistema de salud que se propusieron a través de decretos de emergencia social entre 2009 y 2010, fueron rechazados mediante movilizaciones por los estudiantes de medicina, afirmando que la salud se había vuelto un asunto de mercado, y el Ministro de Protección Social, Diego Palacio, les respondió diciendo que "el sistema de salud colombiano era uno de los más equitativos y eficientes de Latinoamérica" (*El Tiempo*, 5 de febrero de 2010).

Trabajadores independientes o por cuenta propia

Entre los trabajadores independientes que han protagonizado luchas relacionadas con la salud están las madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), los conductores de varios tipos de vehículos de transporte público y los denominados "tenderos a domicilio".

Las madres comunitarias tienen una extraña relación con su patrón, el ICBF: ellas atienden en sus propias casas a una cifra importante de niños y niñas de sectores populares (1.2 millones de menores de cinco años en 1.089 municipios del país) y a cambio reciben una minúscula "bonificación". Trabajan en jornadas de ocho horas, siguen estatutos y lineamientos impuestos por el Instituto y están expuestas a sanciones por incumplirlos, reciben mínima o nula capacitación para asumir sus labores, no tienen derecho a jubilación ni a vacaciones ni a primas ni a cesantías.

Entonces, una pregunta ha rondado la movilización social de estas trabajadoras: si el ICBF tiene con ellas vínculos laborales. Y no es una pregunta menor en términos de seguridad social.

Desde el comienzo del periodo de observación, las madres comunitarias aparecen en escena con sus movilizaciones motivadas por los efectos que sobre ellas tuvo la Ley 100 de 1993 que dispuso que, a partir del 30 de diciembre de 1994, los recursos del IVA (Impuesto al Valor Agregado) Social destinados a los planes de ampliación de cobertura de Seguridad Social de las Madres Comunitarias del ICBF pasarían a alimentar el fondo de solidaridad y garantía, y ellas serían incluidas en un grupo de afiliados al Sistema de Seguridad Social mediante el régimen subsidiado. Por esta razón, a partir de enero de 1995, el ISS dejó de prestar los servicios médico-asistenciales a las madres comunitarias, lo que fue denunciado por ellas a través de comunicaciones dirigidas al ICBF y de sus manifestaciones públicas en las que reclamaban no ser desafiliadas del Seguro Social.

Un segundo momento de protesta de las madres comunitarias, en 2000, se relacionó con modificaciones en materia de seguridad social que introdujo la Ley 509 de 1999: el aporte mensual que deberían hacer al Sistema de Seguridad Social en Salud del 8 % de la suma que recibían por concepto de bonificación, y el pago, por su cuenta, del valor total de la cotización para obtener la cobertura familiar del Régimen contributivo. Las madres comunitarias expresaron su rechazo a lo que consideraron la exclusión de su núcleo familiar de la cobertura en salud y a la injusticia percibida al descontársele de su mínima bonificación, lo concerniente al pago del servicio de salud.

Nuevamente se cuestionó qué tipo de relación existía entre las madres comunitarias y el Estado ¿Cuidar de la infancia de sectores populares era una labor voluntaria, como la caracterizaba el Estado? ¿Las madres comunitarias tan solo prestaban una labor de apoyo al ICBF? Y si eso era cierto ¿por qué la reforma laboral y el cambio normativo laboral de 2003 flexibilizó su contratación, aumentaron los empleos temporales, la subcontratación y la tercerización dentro del Instituto?

Un tercer momento de movilización de las madres comunitarias, desde 2017, condensó las luchas que por años han estado dando estas mujeres: ser reconocidas por el Estado como empleadas que merecen un salario y seguridad social. No solo reclamaron al gobierno sus derechos laborales sino que dieron apoyo público y colectivo a la Sentencia T-480 de 2016 de la Corte Constitucional, que reconoció que, a pesar de que el ICBF implementaba estrategias jurídicas encaminadas a ocultar la existencia de un vínculo laboral real y así evadir las obligaciones que emanan del mismo, el “contrato realidad” existía porque estaban configurados los elementos esenciales del contrato de trabajo: la actividad personal del trabajo,

un salario como retribución, sin importar el nombre que se le hubiera dado a ese reconocimiento económico ("beca" o "bonificación"), a fin de ocultar su verdadera naturaleza, y la continuada subordinación o dependencia del trabajador respecto del empleador. Por tanto, el Estado debía hacerse cargo de las prestaciones sociales de estas trabajadoras, con retroactividad al inicio del programa en 1988. El Estado volvió a oponerse al reconocimiento de la calidad de trabajadoras de las madres comunitarias con el argumento de que para pagar esa deuda histórica el presupuesto no alcanzaba.

Otro aspecto fundamental de esta Sentencia es el reconocimiento de la discriminación por género, a partir del hecho de que la retribución económica por su trabajo de cuidado de infantes no equivalía a un salario mínimo legal mensual, a una remuneración vital, que es un contenido esencial del derecho fundamental al trabajo en condiciones dignas. Por ende, el derecho a la igualdad de las mujeres ha sido sistemáticamente violado.

Por su parte, los conductores de vehículos de transporte público protestaron a lo largo del periodo al no saber quién debía asumir el pago de su seguridad social, asunto que tiene que ver con la informalidad de su situación laboral, a pesar de que la normatividad que rigió el transporte público hasta 2002 (Estatuto Nacional de Transporte-Ley 336 de 1996), obligaba a las empresas de transporte público a contratar directamente a los conductores, por lo que, en calidad de empleadoras, estas empresas tenían a su cargo todas las obligaciones que la ley laboral les imponía, entre ellas, tener afiliados a sus empleados a organismos de seguridad social y pagar los costos de esta.

Después de las reformas de flexibilización laboral (2002-2003), se decretó que las empresas o cooperativas a las cuales estén afiliados los vehículos velarían porque los choferes estuvieran afiliados a una EPS, en calidad de cotizantes, so pena de denunciarlos ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Teniendo en cuenta la existencia de esas normas, se entenderán las luchas por la salud de los conductores de transporte público: hasta 1999 sus protestas dejaron en claro que muchas de las empresas a las cuales tenían afiliados los vehículos que conducían actuaban como enlaces entre los choferes y las entidades prestadoras de servicios de salud, y exigían onerosas cuotas mensuales –y, a veces, diarias– que cubrían gastos de "administración" de la intermediación más el costo de la salud, que en muchas ocasiones no se cancelaba a las EPS.

A partir de mediados del primer decenio del siglo XXI, la movilización social por salud protagonizada por los choferes de transporte público expresaba su desconocimiento

de cómo pagar, sin intermediarios, la seguridad social –requisito indispensable para obtener la tarjeta de operación y cuya evasión sería sancionada por el Ministerio de Transporte–, cómo calcular los costos y no tener suficiente dinero para pagarla. Llegaron a proponer a las alcaldías que, en cambio de operativos de policía para retenerles los vehículos, les pagaran la seguridad social como retribución a su actividad, petición a la que se unieron mototaxistas y bicitaxistas, conductores de transporte abiertamente informal.

Otros trabajadores por cuenta propia que se han movilizado en los últimos dos años del periodo observado son los mensajeros domiciliarios adscritos a la multilatina colombiana Rappi. En sus protestas denunciaron que no estaban afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social –es decir, carecen de cobertura en salud, riesgos laborales y pensión–, no tenían vacaciones y trabajaban en horarios ilimitados, pero la empresa les descontaba dinero para el pago de "una póliza". Estas denuncias, relacionadas con las formas de remuneración y protección social, muestran cómo esta plataforma digital intermediaria de servicios desconoce la existencia de una relación laboral de hecho entre ella y los "rappitenderos", a los que nombra con el eufemismo de "emprendedores independientes", con lo que se desprende de cualquier obligación de brindar protección a sus adscritos.

Los tres casos de trabajadores independientes o por cuenta propia expuestos son evidencia de que la afiliación al sistema de seguridad social es un indicador aproximado del grado de formalización del trabajo.

Mujeres

La movilización de las mujeres por salud ha girado en torno a la exigencia de sus derechos sexuales y reproductivos, de reparación integral para las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, del cumplimiento gubernamental de compromisos referidos a construcción, mantenimiento y dotación de infraestructura física para la prestación de servicios de salud, y de la atención en salud a población discapacitada a su cargo.

Las luchas sociales de mujeres para exigir la garantía de derechos sexuales y reproductivos se concentran alrededor de la despenalización parcial del aborto en 2006, en medio de un álgido debate público que se intensificó antes, durante y después del pronunciamiento de la Corte Constitucional. Estas manifestaciones debieron enfrentarse a otras en contra de la interrupción voluntaria del embarazo, promovidas por organizaciones pro-vida apoyadas por la Iglesia Católica, como

Laicos por Colombia y Red Futuro Colombia, que niegan que el aborto sea un asunto de salud pública y de derechos fundamentales de las mujeres, y lo interpretan como un homicidio que se ejecuta por falta de educación de las mujeres.

El 10 de mayo de 2006 la Corte Constitucional falló a favor del proyecto de despenalización del aborto en tres casos especiales: si el embarazo es producto de una violación o incesto; si el feto tiene malformaciones graves incompatibles con la vida extrauterina, y si la vida y la salud de la madre están en riesgo (Sentencia C-355 de 2006). Y en diciembre de ese mismo año, el Estado lo incluyó en el POS, avalando así el acceso oportuno, en todo el territorio nacional y en todos los grados de complejidad, a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en los eventos no constitutivos de delito de aborto.

A pesar de estas normas, no siempre se garantiza el acceso a la prestación de servicios de aborto,[18] además, la morbimortalidad por aborto se concentra en las mujeres más pobres y más vulnerables por edad –adolescentes y mujeres mayores de 40 años– o por condiciones culturales (Zamudio, 2000, p. 50). En estas circunstancias, la despenalización del aborto permanece en la agenda reivindicativa de movimientos y organizaciones de mujeres, más cuando es un tema que va de la mano de otros como la anticoncepción, el embarazo no deseado, el abuso sexual, la violencia basada en género y la inequidad de género.

El periodo cierra con la movilización de organizaciones femeninas bajo el lema "Aborto Libre y Seguro" que instó a las instituciones de salud a que garanticen su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y a que eliminen las barreras que siguen enfrentando las mujeres para acceder a este servicio de salud. El mensaje que quieren difundir las organizaciones de mujeres se centra en que el aborto es fundamental para garantizar la salud y la vida de las mujeres, dentro del concepto de salud integral de la Organización Mundial de la Salud que lo define como un estado de completo de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

El segundo tema crucial para el movimiento de mujeres al finalizar el segundo decenio del siglo XXI se refiere al derecho de las mujeres víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado a la reparación integral, que incluye el derecho a la salud física y psicológica[19] y al reconocimiento de lo/as hijo/as del abuso sexual

18 La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 encontró que "una de cada tres muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto podrían evitarse si las mujeres que quieren una anticoncepción eficaz tuvieran acceso a la misma" (Profamilia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 54).

19 Entre las consecuencias de la violencia sexual se encuentran las cicatrices imborrables en los cuerpos, las afectaciones en la salud sexual y reproductiva, los embarazos por violación o la maternidad

como víctimas. Las movilizaciones realizadas para exigir esta reparación contribuyen a develar patrones de dominación y discriminación sexual, y la utilización de los cuerpos de las mujeres como arma de guerra: la violencia empleada contra las mujeres es tanto una estrategia de aniquilamiento del enemigo, como un importante mecanismo de control y represalia directa hacia las mujeres y su entorno social, en la medida en que éstas desempeñen liderazgos sociales y políticos en sus comunidades.

Solo hasta 2012, y por la Ley 1448 de 2011, la Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas inició el proceso de inclusión en el Registro Único de Víctimas de mujeres afectadas por delitos contra la libertad y la integridad sexual en el marco del conflicto armado, cometidos a partir del 1° de enero de 1985.[20]

Entre movilizaciones y un cabildeo persistente, organizaciones de mujeres lograron que en 2014 se declarara el 25 de mayo como el Día nacional por la dignidad de las mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno, con el objeto de reivindicar su dignidad y rechazar este delito.

Pasado un quinquenio de esa declaratoria, mujeres víctimas de violencia sexual durante la guerra conmemoraron su día en 2019 con una manifestación en la que apañaron al Congreso de la República con sus colchas, lanzaron la campaña "Arrópame con tu esperanza", liderada por la Mesa Nacional de Víctimas, y le pidieron a la Unidad de Víctimas, a la Fiscalía, a Medicina Legal, al ICBF, y a la Jurisdicción Especial para la Paz su derecho a la reparación y a la atención integral: derecho a la salud, a la vivienda digna, también pidieron que los hijos/as del abuso sexual sean reconocidos como víctimas. Cabe, entonces, preguntarse por la cobertura y efectividad de los programas y estrategias de la Unidad de Víctimas para atender a la población víctima de violencia sexual durante la guerra y para satisfacer sus demandas de reparación integral.

---

coaccionada, más afectaciones emocionales que impactan la salud psicológica de las víctimas (CNMH, 2017).

20 El informe nacional sobre violencia sexual en el conflicto armado afirmó que a la fecha de su publicación, 2017, no existían datos robustos, confiables ni válidos sobre las magnitudes de este tipo de violencia, lo que refuerza la impunidad y obstaculiza las demandas de justicia y verdad que reclaman las víctimas como parte integral de la protección de sus derechos (CNMH, 2017, p. 311).

IV.

Por una salud rural: propuestas y demandas de las comunidades campesinas, indígenas, afrodescendientes y de fronteras urbano-rurales

Ana María Restrepo Rodríguez

Javier Lautaro Medina Bernal

Por una salud rural: propuestas y demandas de las comunidades campesinas, indígenas, afrodescendientes y de fronteras urbano-rurales

"Las organizaciones campesinas somos diversas y las realidades en nuestros territorios cambiantes. En medio de la crisis generada por el COVID-19 estamos sufriendo afectaciones en nuestra territorialidad, cultura, procesos organizativos y economía". Con estas palabras inicia el llamado de las organizaciones campesinas a tomar medidas urgentes y necesarias en el marco del COVID-19, dirigido al presidente Iván Duque y al procurador Fernando Carrillo el pasado 20 de abril de 2020 (Varios Autores, 2020).

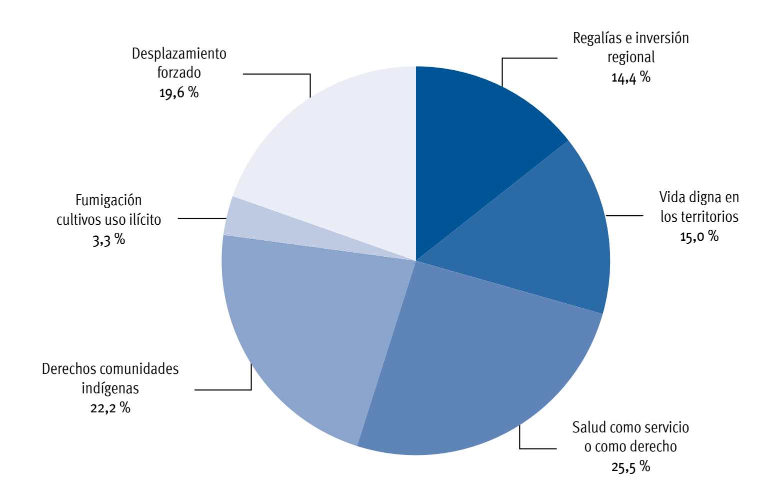
En el punto específico de salud las organizaciones llaman la atención sobre el desmonte y precariedad de los centros de salud rurales porque los recursos se están quedando en las intermediarias, las EPS, y sobre la necesidad de planes de mitigación para evitar que llegue la pandemia a las comunidades rurales. Y si bien en el país el mundo rural no había sido tan afectado por el virus,[21] el temor por la posibilidad de contagios en veredas, espacios de frontera urbano-rural y ruralidad dispersa era la manifestación obvia de la inconformidad por la inexistencia de un sistema de salud rural y la precariedad de la atención existente. Estos problemas han sido denunciados en movilizaciones que proponen autonomía, reconocimiento y garantías para la vida digna, también en documentos de acuerdos y propuestas de política rural de las comunidades campesinas, indígenas y afrodescendientes a lo largo y ancho del país.

Una revisión de nuestra BDLS sobre luchas asociadas a demandas por salud en el mundo rural en el periodo 1994-2019 nos muestra que además de la especificidad de solución a problemas en las instituciones locales (o la solicitud de su creación), las comunidades rurales han hablado del derecho a la salud en protestas relacionadas con derechos culturales, presencia de empresas extractivas y megaproyectos en

21 La situación crítica en la Amazonía empezó a alertarse a nivel nacional en el mes de mayo de 2020.

sus territorios, sustitución de cultivos de uso ilícito, atención a la condición de desplazamiento por causa del conflicto armado y garantías para el retorno.

Gráfica 3. Conflictividades rurales y luchas por salud, 1994-2019



Entre el servicio y el derecho

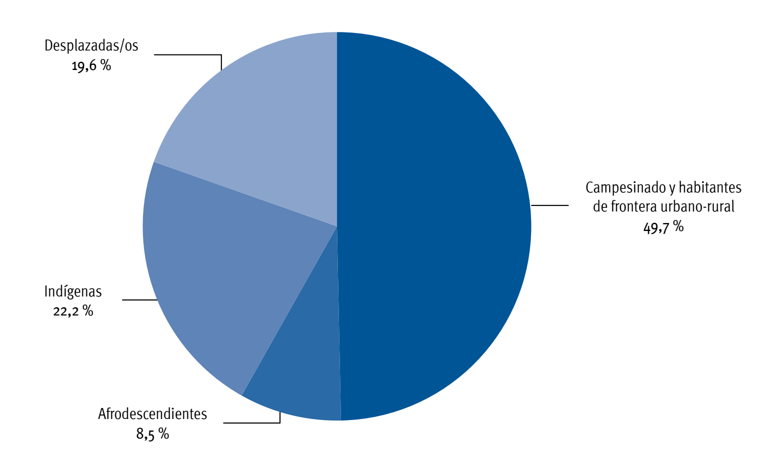
Teniendo en cuenta que partimos de la implementación de la Ley 100, llama la atención que las luchas por cuestiones muy específicas de atención en salud rural se desarrollan en el país principalmente a partir del año 2010.[22] Entre estas acciones de protesta se encuentran luchas contra la corrupción, la mala administración e ineficiencia de directores y directoras de hospitales y la solicitud de condonación de deudas de empresas prestadoras del servicio en los territorios rurales, pues por su falta de pago a los hospitales de centros urbanos se les niega la atención a usuarios que deben ser trasladados y la dotación de medicamentos. Así lo muestran protestas en Norte de Santander, Chocó, Caldas, Bolívar y Nariño:

En noviembre de 2010 en Pamplona (Norte de Santander), concejales, dirigentes comunales, el alcalde, el personero y pacientes del Hospital San Juan de Dios protestaron por la carencia de médicos y enfermeras en urgencias y en los diferentes pisos del hospital y la ausencia de un servicio de consulta externa. Con un ataúd con

22 Aunque estas tienen un precedente importante en mayo de 1995, cuando campesinos de Suan (Atlántico) enarbolaron en las protestas del día de los trabajadores, el derecho a ser atendidos por el ISS.

la inscripción: "Maribel nos mató la salud", denunciaron a la gerente de la entidad como causante de la crisis. En abril de 2011 indígenas embera katío de los resguardos de Sabaletas (Carmen del Atrato, Chocó) bloquearon la vía Medellín-Quibdó porque el hospital local San Roque dejó de atenderles ya que la EPS Caprecom (a la que estaba afiliada la mayoría de la población) no pagó las obligaciones contraídas con la entidad. El 18 de agosto de 2011 en el corregimiento de Arauca, municipio de Palestina (Caldas) los pobladores también bloquearon la vía porque ese día amanecieron sin médicos en el Centro de Salud (dependencia del Hospital Santa Ana de Palestina), a quienes se les adeudaban 14 meses de salario. En 2015, la comunidad de Roberto Payán (Nariño) exigía una inyección de quinientos millones de pesos para la ESE Centro de Salud La Merced, el pago de salarios a trabajadores y de deudas a proveedores. Y en el departamento de Bolívar, en 2015, en 2016 y en 2019, pobladores de los municipios de Cantagallo, Córdoba y el corregimiento La Boquilla de Cartagena, respectivamente, se manifestaron por distintas dimensiones municipales de la crisis del sistema, que van expresando un problema departamental: el paro cívico de Cantagallo de febrero de 2015 denunció la renuncia de personal médico y de enfermería por falta de pago de salarios, la ausencia de insumos y que la ambulancia se encontraba fuera de servicio; en el municipio de Córdoba la manifestación de agosto de 2016 involucró a la empresa Suministros Córdoba EAT (Empresa Asociativa de Trabajo) por no entregar los medicamentos a la EPS Mutual Ser; y en La Boquilla, el Consejo Comunitario convocó a un plantón en la Vía al Mar para exigirle al alcalde el arreglo del Centro de Atención Primaria (CAP): su mal estado y el déficit de atención no sólo ponían en riesgo a la población residente, también afectaban su actividad económica, pues no podían ofrecer garantías a los turistas que se alojaban en la zona.

Gráfica 4. Actores rurales de las luchas por salud, 1994-2019



Al lado de la especificidad de estas luchas también se ha apelado al derecho a la salud, reivindicado principalmente por comunidades indígenas que desde décadas atrás han denunciado la falta de atención, pero han integrado las soluciones a esta situación a sus planes de vida y a la lucha por el reconocimiento de sus derechos étnicos y territoriales. La necesidad de un régimen especial de seguridad social que reconozca sus prácticas ancestrales es la propuesta central en cuanto a salud indígena. Así lo dejaron ver en la toma de la Conferencia Episcopal en Bogotá en 1996 y en una serie de protestas entre los años 2000 y 2009 en Natagaima (Tolima), Riosucio y Quibdó (Chocó), Medellín (Antioquia), Santander de Quilichao (Cauca) y Riohacha (La Guajira).

Vale la pena resaltar que en mayo de 2012, bajo la convocatoria de la ACIN (Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca), el paro en Cauca por el derecho a la vida, el territorio y la paz integraba el derecho a salud como una de las condiciones fundamentales para la garantía de la vida en el territorio caucano, sobre todo cuando líderes y lideresas indígenas eran afectados por la violencia de los actores armados y ni siquiera se podía garantizar su atención ante estos ataques.

En las luchas indígenas por la salud la historia de la Entidad Promotora de Salud Indígena (EPSI) Manexka merece un apartado particular. La defensa de esta EPSI empezó en marzo de 2015 cuando cabildos menores zenú y el Resguardo San Pedro Alcántara de Sabaneta (Momil, Córdoba) protestaron contra el alcalde por haber decidido que se le restaran afiliados y se le sancionara por no contratar al menos el 60% de sus servicios con el Centro de Atención Médica de Urgencias (CAMU) local. En Sincelejo y en los municipios de Córdoba y Sampués (Sucre) cerca de ochocientos zenúes del resguardo colonial San Andrés de Sotavento protestaron en abril de 2017 por la liquidación de Manexka por orden de la Supersalud aduciendo defraudación a los recursos del sistema.[23] Sin embargo, la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) manifestó que la cancelación de esta EPSI era la liquidación de una lucha histórica del pueblo zenú por construir una alternativa de salud propia e intercultural eficiente, pues allí se prestaba un servicio que combinaba medicina ancestral y occidental. En julio de 2017, población zenú y embera katío afectada por la liquidación de la EPSI –entre otras cosas porque los usuarios fueron asignados a otras EPS sin considerar usos y costumbres– se trasladó desde el departamento de Córdoba hasta las instalaciones de la Supersalud en Bogotá para exigir el cumplimiento del fallo del Tribunal de Justicia de Córdoba que ordenó devolver los bienes y haberes de la empresa liquidada a los usuarios. La Supersalud se comprometió a acatar el

23 Otra entidad que ha estado en la mira de la Supersalud es la EPSI Dusakawi. Entre 2012 y 2019 estuvo bajo medida cautelar de vigilancia especial por los desfalcos del exgerente Enoc Clavijo Franco y otros implicados en el desvío de más de 3.900 millones de pesos. Sin embargo, la BDSL no registra protestas relacionadas con esta EPSI.

fallo siempre y cuando la EPSI entregara evidencias de su capacidad de atención, cobertura y aseguramiento para los más de doscientos mil afiliados, pero un mes después los manifestantes seguían en Bogotá y bloquearon una de las vías hacia el Aeropuerto El Dorado porque aún no habían sido reintegrados a la EPSI. El 20 de noviembre del mismo año la Supersalud inició la restitución de bienes y haberes a la entidad.

La defensa de esta EPSI, a pesar de sus problemas administrativos, es también la lucha por articular los planes nacionales de salud con las realidades territoriales. Así lo han mostrado igualmente las comunidades afrocolombianas que además de defender sus prácticas ancestrales de partería y medicina tradicional han incorporado las denuncias sobre la deficiente atención y presencia de instituciones de salud en sus territorios. Por ejemplo, los acuerdos del paro cívico de Quibdó de 2016 (liderado por el Comité por la Salvación y la Dignidad de Chocó) incluían la firma de un acta de compromiso entre el gobierno nacional, el Plan Todos somos Pazcífico (sic), el Comité Cívico y el gobernador del departamento para la liquidación del Hospital San Francisco de Asís, el pago total de su deuda, el respeto de la vinculación laboral de sus 91 empleados, la creación de otro hospital antes del 30 de noviembre, la liquidación del Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del departamento del Chocó (Dasalud), el pago de pasivos a la red de prestadores de salud públicos y privados, la construcción de una nueva unidad de salud mental, cinco hospitales de segundo nivel en distintas regiones del departamento y un hospital adicional de tercer nivel en Quibdó. Sin embargo, en mayo de 2017 un nuevo paro cívico recordó que seguían pendientes la construcción y dotación de un nuevo hospital de tercer nivel, el saneamiento y dotación del Hospital San Francisco,[24] la construcción de hospitales de mediana complejidad en Riosucio e Istmina y la remodelación y adecuación del hospital de Bahía Solano.

Desarrollo regional, coca y desplazamiento

Muchas de las protestas relacionadas con salud en el mundo rural tienen que ver con la exigencia a empresas extractivas de que el prometido desarrollo que traerían se hiciera efectivo con servicios de salud locales, bien fuera mejorando la dotación y garantizando la atención en los existentes o implementando nuevos espacios de atención para las comunidades afectadas por sus proyectos extractivos ya que

24 En junio de 2020 la Supersalud confirmó la intervención del Hospital por un periodo de un año debido, entre otras razones, al altísimo represamiento de consultas y procedimientos quirúrgicos, deudas con el personal médico especialista, desabastecimiento de insumos y medicamentos, deficiente planeación presupuestal y pésimas condiciones de higiene: https://www.elpais.com.co/colombia/supersalud-intervino-el-hospital-san-francisco-de-asis-de-quibdo-choco.html

efectivamente estaban evidenciando enfermedades por la presencia de algunas de estas empresas.

Así, protestas en Boyacá, Putumayo, Sucre, Bolívar, La Guajira, Cesar, Córdoba, Meta, Santander, Cundinamarca y Atlántico contra las empresas de extracción y transporte de hidrocarburos Cusiana, Ecopetrol, Pacific Rubiales y Ocensa; las mineras Cerromatoso y Carbones del Cerrejón; de extracción y transporte de gas Gecelca, Promigas y Canacol Energy; y la fundidora de plomo Metcaribe exigían en principio que los beneficios de regalías fueran invertidos en salud, educación y vías –además de las usuales demandas por contratación de mano de obra local–, para más tarde dar lugar a exigencias concretas de salida de estas empresas de los territorios, pues ni siquiera habían significado mejoras económicas para los habitantes de sus áreas de impacto; por el contrario, representaban afectaciones a la salud, la vida y los derechos culturales y étnico territoriales en esos espacios. Incluso, poblaciones que alojaban megaproyectos no sólo no eran beneficiadas por dichas ganancias económicas, como lo evidenció el paro cívico en el departamento de Cundinamarca, en abril de 1999, que denunció que Codensa quería acabar el privilegio de exención de tarifas a los municipios que alojasen hidroeléctricas lo que terminaría afectando las finanzas municipales y con esto la inversión en servicios sociales.

En las protestas relacionadas con los programas de erradicación de cultivos de uso ilícito, las comunidades campesinas han hecho propuestas específicas de desarrollo integral de sus territorios que incluyen erradicación manual concertada, apoyos productivos para sustitución, vías para comercialización y conexión, y garantía de los derechos a la educación y la salud. Sobre este último se hace énfasis en las afectaciones por la aspersión aérea de glifosato sobre los cultivos de uso ilícito que no sólo les ha generado problemas respiratorios sino alimentarios porque sus cultivos de pancoger también son fumigados en estos procesos.[25] Tales propuestas han sido evidenciadas en movilizaciones que van desde las marchas cocaleras de 1996 en Guaviare y Putumayo contra el Programa Plante (durante el gobierno de Samper Pizano) hasta las de Nóvita (municipio San José del Palmar, Chocó) en junio de 2005 que denunciaban que estar en una zona cocalera significaba estar bajo el control de grupos armados y en total abandono del estado que ni siquiera hacía presencia con servicios de atención en salud.

Y esta misma denuncia articula las protestas de la población en situación de desplazamiento, pues muchas de ellas se concentran tanto en la atención de salud en las ciudades que los alojan como en la necesidad de garantías de salud

25 Aunque funcionarios públicos como la actual vicepresidenta han desestimado estas denuncias: https://www.elespectador.com/noticias/politica/vicepresidenta-defiende-el-glifosato-si-usted-toma-500-vasos-de-agua-al-dia-se-enferma/

para el retorno, no sólo porque en muchos de los ataques de grupos armados a sus localidades han sido afectadas las instalaciones de salud y educativas; también porque muchas de las zonas de las que salieron expulsados fueron tomadas por actores armados y aprovechadas para la expansión de cultivos de uso ilícito, por lo tanto, aunque se arriesguen a retornar, se exponen también a las fumigaciones aéreas.

Desde 2002 las medidas específicas de atención a población desplazada por el conflicto armado empezaron a limitar el acceso a salud. Por ejemplo, en municipios como Girón y Cartagena se firmaron decretos que solamente garantizaban la atención en el momento del desplazamiento y durante los siguientes seis meses, lo que revictimizaba a esta población, pues no había rutas ni garantías para el retorno o la reubicación rural y terminaba profundizando las condiciones de pobreza de estas personas en las ciudades.

Las protestas de desplazados en Quibdó, Neiva, Floridablanca, Barranquilla, Bucaramanga, Medellín, Soatá, Simití, Cartagena, Girón, Belalcázar, Tumaco, Popayán y Bogotá, entre 1997 y 2009, tuvieron que ver con la ineficiencia del programa de Acción Social para la atención a la población desplazada e hicieron parte de su proceso de transformación identitaria, pues fueron dejando paulatinamente de demandar el retorno para concentrarse en la inmediata atención en salud y vivienda para la vida en las ciudades.

Lo urgente y lo estructural

La transformación señalada en las identidades rurales muestra cómo las luchas relacionadas con la salud se mueven entre lo urgente y lo necesario, tal como lo enunciaron las organizaciones campesinas en la carta dirigida al presidente, que fue citada al inicio de este apartado. Valga la pena recordar en este punto que la dificultad para consolidar un movimiento nacional por la salud tiene que ver con que muchas de estas acciones de protesta responden a la situación coyuntural de la enfermedad o de la necesidad de atención inmediata: a lo urgente, como lo ha señalado Mauricio Torres (2013) y como lo demuestran las protestas en Curbaradó (cabecera municipal del Carmen del Darién, Chocó) en octubre de 1999 por la tragedia invernal por el desbordamiento del río Atrato; de los indígenas nasa afectados por la avalancha del río Páez en septiembre de 1994; y la de la comunidad de Juan Mina (Barranquilla) que en enero del 2008 salió a las calles indignada por la muerte de un niño que se golpeó la cabeza y no fue atendido porque el centro de salud sólo prestaba servicios en días hábiles.

Lo necesario, para las comunidades rurales, en este momento de pandemia, y tras años de protestas, es el reconocimiento de que esta historia de movilizaciones ha ido configurando una propuesta real sobre cómo garantizar el derecho a la salud en las poblaciones rurales: esta garantía tiene que partir de la interlocución con los sistemas de protección territorial comunitarios,[26] su fortalecimiento y de la valoración de las acciones de prevención que se encuentran en los saberes tradicionales de las comunidades campesinas, indígenas y afrodescendientes, sobre todo de las mujeres que construyen territorialmente grupos de protección y cuidado. Porque las comunidades ya saben cómo vivir en aislamiento, sino que lo digan los cinco mil campesinos y campesinas habitantes de las estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta que en octubre de 2002 se tomaron el corregimiento El Palmor (Magdalena) porque las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) no les permitían el acceso ni la salida de las veredas, ni siquiera el ingreso de alimentos ni la venta de las cosechas. Por lo cual exigían al gobierno acompañamiento –más allá de los sobrevuelos que los ponían en mayor riesgo– con brigadas de salud, garantía de acceso de alimentos y el fomento de acciones de diversificación de cultivos.

De las 3.857 luchas rurales del periodo registradas en nuestra BDLS para el periodo 1994-2019, en 153 se incluían demandas por salud o la defensa de este derecho era su motivo principal. De estas protestas, 60 fueron movilizaciones –marchas, concentraciones, mítines, plantones–, 40 bloqueos de vías, 27 paros cívicos y 22 tomas de entidades. Llama la atención el recurso a los bloqueos de vías y a los paros cívicos pues esto indica que la salud es uno de los temas más sensibles, más insistentes y con menos soluciones eficaces; pero además que no hay vida digna sin promoción, prevención y atención en salud, porque no hay paro cívico en el que no se hable de este derecho.

Y sin embargo, las comunidades y organizaciones del mundo rural colombiano no sólo han protestado, también han hecho propuestas concretas de solución e implementación de un Sistema Nacional de Salud Rural en distintos momentos de diálogo con el gobierno –mesas que dan fin a protestas– y con su participación activa en la construcción de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).

26 Durante la pandemia, guardias indígenas, campesinas, cimarronas y grupos de mujeres han velado por sus comunidades restringiendo el acceso a personas externas a la comunidad, garantizando que quienes llegan de afuera y son de la comunidad cumplan las debidas cuarentenas y tratando de actualizar la información sobre situación de salud de la población.

El derecho a la salud en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial

Lo necesario o estructural para la garantía del derecho a la salud, que se señala en las protestas y movilizaciones en el mundo rural, ha sido puesto de presente por las organizaciones campesinas, indígenas y afrodescendientes en sus agendas políticas. Con el Mandato Agrario en abril de 2003, tras una década de la Ley 100, exigieron al gobierno nacional la reconstrucción y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria y demás instituciones de salud del Estado en función de la promoción, prevención y curación, la eliminación de la intermediación financiera, así como la adecuación del sistema de salud a la cosmovisión, prácticas tradicionales y condiciones de las comunidades, y entre esto último, el fortalecimiento de la medicina tradicional (Congreso Nacional Agrario, 2003).

En abril de 2014, en el pliego de exigencias de la Cumbre Agraria Campesina, Étnica y Popular (Cacep), la salud nuevamente estuvo entre las demandas de las organizaciones rurales que la convocaron, con una postura que la considera un derecho antes que un servicio. De esta forma, el tratamiento del consumo de drogas como un asunto de salud pública, las garantías para la construcción de modelos autónomos de salud en los planes de vida de las comunidades rurales, el aumento de la inversión pública por medio de una política presupuestal "que saque de la crisis a la red hospitalaria que ha sido sistemáticamente debilitada por los gobiernos nacionales desde 1993", y el fortalecimiento de la medicina tradicional y ancestral de carácter preventivo (Cacep, 2014), son algunos de los aspectos estructurales que han propuesto dichas organizaciones para una reforma de la política pública y del sistema de salud que, además, debe contener medidas diferenciales para los habitantes rurales.

La Cacep fue un punto de inflexión para las organizaciones sociales del campo en términos de exposición de su agenda de reforma agraria integral para la negociación con el Estado luego del intenso paro agrario de 2013, pero también para el contexto de ese momento en el que el proceso de paz ya abordaba la cuestión rural. De acuerdo con el Cinep, las movilizaciones de ese año recogieron la incertidumbre generada por la política económica del gobierno Santos, el malestar por el incumplimiento de acuerdos pactados previamente y la visibilidad del tema agrario, al ser el primer punto de discusión en los diálogos de La Habana (Archila, García, Restrepo y Parra, 2014, p. 10). Al mismo tiempo que se desarrollaba el paro agrario, la Mesa de Negociaciones informó que, en materia de salud, había acordado:

> (...) un nuevo modelo especial que atienda, con un enfoque diferencial, zonas rurales dispersas con pertinencia y énfasis en prevención, que acerque el servicio a los hogares o lugares de trabajo de la población rural. Esto sin perjuicio de las inversiones necesarias para mejorar la infraestructura y dotación, incluyendo personal calificado, para mejorar la calidad y cobertura de la atención. (Mesa de Conversaciones, 2013, p. 10)

Si bien, como afirma Mauricio Archila (2019, p. 144), entre los objetivos de la negociación de paz no estaba resolver la agenda social pendiente en el país, en relación con el modelo de salud para la población rural lo consignado en el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (AF), sí recoge buena parte de las demandas que las organizaciones rurales habían expresado por décadas. De esta manera, aunque no fue un tema central dentro de las negociaciones, por su importancia emergió en los debates y terminó apareciendo en el texto definitivo del Acuerdo (Franco, 2016). De esta forma, en el AF existen claras disposiciones sobre el derecho a la salud: medidas de atención para las personas en procesos de reincorporación; un enfoque de salud pública en la solución del problema de las drogas ilícitas, en el que se resalta el desarrollo de programas de prevención del consumo; y la garantía de este derecho, incluyendo su faceta psicosocial, en la reparación a personas y colectivos víctimas.

Igualmente, el derecho a la salud tiene relevancia en la Reforma Rural Integral (RRI) en la que se establece la construcción de un Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) que tiene como objetivo "acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio" (Colombia, 2016, pp. 25-26). De acuerdo con el Plan Marco de Implementación, en la consolidación del PNSR se concentrarán los esfuerzos en tres estrategias: mejoramiento de infraestructura, en el que se priorizará la construcción y dotación de centros y puestos de salud; fortalecimiento de la atención primaria en salud para población dispersa; e implementación de un modelo especial en salud para zonas rurales dispersas que desarrollará el enfoque diferencial y de género (DNP, 2018, pp. 34-35). En cualquier caso, la RRI se debe comprender integralmente por lo que el PNSR hace parte de un conjunto de medidas dirigidas a garantizar derechos como acceso a tierras, desarrollo agrario, vivienda, agua potable y alcantarillado y alimentación, entre otros, que implican una intervención que va más allá de los servicios sanitarios y se enfoca también en los determinantes sociales de la salud[27] en las áreas rurales.

27 De acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 9º, estos son "factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los

La garantía de estos derechos sociales también tomó fuerza en la construcción de los PDET,[28] la principal herramienta sobre desarrollo territorial del Acuerdo Final. Para el caso del derecho a la salud, en el marco de su proceso de planeación se incluyó el pilar "Salud Rural"[29] que buscó recoger "medidas y acciones que, reflejando las realidades de los pobladores del campo, lleven a los habitantes de un territorio a un estado de completo bienestar físico, mental y social. Integra tanto el acceso como la calidad de los servicios de salud en zonas rurales del país" (ONU Mujeres, Rimisp & ART, 2017, p. 26). Para recoger esta información, en términos generales, la Agencia de Renovación del Territorio desarrolló entre 2018 y 2019 un proceso participativo que empezó en las veredas, para continuar en los municipios y finalizar en el ámbito subregional en el que los actores expresaron problemas y formularon acciones y proyectos necesarios para superarlos. El resultado fue un grupo de iniciativas que constituyen cada uno de los Planes de Acción para la Transformación Regional (PATR) en las 16 zonas PDET establecidas. En materia de salud, la etapa subregional arrojó 139 iniciativas y en la municipal 3.536, de un total de 1.178 y 31.630 respectivamente.

Estos planteamientos son expresiones de problemas históricos que sufren las comunidades rurales a las cuales, de cierta manera, el AF les dio posibilidades de negociación con el Estado, en espacios formales y conducidos por entidades públicas. Sus resultados también enfrentan el riesgo del incumplimiento, pues entre estas demandas y su materialización hay un trecho muy largo determinado por el cumplimiento de las obligaciones constitucionales por parte de las entidades públicas, de la capacidad que estas tengan para adelantar las reformas necesarias y de la asignación de presupuesto suficiente. En lo que sigue presentamos un recorrido por las iniciativas de tipo subregional que representan demandas específicas e interrelacionadas de las organizaciones sociales y comunidades y que muestran un diagnóstico concreto de las precariedades del sistema de salud para atender las necesidades comunitarias en cada una de las zonas, así como la integralidad que debe tener la respuesta estatal (a nivel nacional y territorial) para garantizar este derecho.

---

cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud" (Colombia, 2015).

28 Una estrategia de 10 años de duración, en 170 municipios de 19 departamentos, agrupados en 16 zonas, para transformar estructuralmente el campo, alcanzar una relación equitativa entre el campo y la ciudad, y asegurar el bienestar y el buen vivir, la protección de la riqueza pluriétnica y multicultural, el desarrollo de la economía campesina y familiar y las formas propias de producción de comunidades y grupos étnicos, la integración de las regiones abandonadas y golpeadas por el conflicto y el reconocimiento y la promoción a las organizaciones de mujeres rurales (Colombia, 2017).

29 Los ocho pilares usados para la planeación de los PDET fueron: 1. Ordenamiento social de la propiedad; 2. Infraestructura y adecuación de tierras; 3. Salud rural; 4. Educación rural y primera infancia; 5. Vivienda rural, agua potable y saneamiento básico; 6. Reactivación económica y producción agropecuaria; 7. Garantía progresiva del derecho a la alimentación; y 8. Reconciliación, convivencia y paz.

Del total de iniciativas del nivel subregional sobre Salud rural, 22 ponen su foco en la *organización del sistema, el mejoramiento de la oferta de servicios y de la atención en salud*: tres insisten en la reorganización de la red de prestación de servicios atendiendo a las condiciones geográficas y poblacionales en Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño, Sur de Bolívar y Cuenca del Caguán y Piedemonte Caqueteño. Cinco se concentran en acciones para fortalecer la atención primaria en salud y de emergencias en Alto Patía – Norte del Cauca, Macarena – Guaviare, Sur de Bolívar, Sur del Tolima y Urabá Antioqueño.

Siete reclaman el acceso a servicios y atención especializada en Alto Patía – Norte del Cauca, Catatumbo, Cuenca del Caguán y Piedemonte Caqueteño, Macarena – Guaviare, Pacífico Medio, Pacífico y Frontera Nariñense y Sierra Nevada – Perijá. En este mismo sentido, una demanda significativa para el acceso a atención en salud y servicios especializados es la puesta en funcionamiento de una *estrategia de telemedicina*, acorde a las características de cada territorio y también se solicitó la entrega en funcionamiento del Hospital Regional San Antonio de Padua del municipio de Simití en Sur de Bolívar que, de acuerdo con la información institucional, se realizó en mayo de 2019.

Consecuentemente con la ausencia de servicios de mediana y alta complejidad en las zonas rurales, nueve iniciativas se concentran en la constitución de esquemas de transporte asistencial aéreo de urgencia para evacuación de pacientes en Pacífico y Frontera Nariñense, Catatumbo, Putumayo, Chocó, Urabá Antioqueño, Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño, Cuenca del Caguán y Piedemonte Caqueteño, Pacífico Medio y Alto Patía – Norte del Cauca. Igualmente, en Cuenca del Caguán y Piedemonte Caqueteño se insta a la creación de acuerdos entre entidades y empresas administradoras para eliminar las barreras geográficas que impiden el acceso oportuno a los servicios de salud. En este mismo sentido, se demanda la operación de un centro de salud móvil fluvial en la Cuenca del Caguán y Piedemonte Caqueteño.

En el Pacífico Medio se solicita gestionar el aseguramiento de la población afrodescendiente a una única EPS para mejorar el acceso a la salud y en Montes de María y en Sierra Nevada – Perijá la constitución de comités intersectoriales para enfrentar el problema del consumo de sustancias psicoactivas y para la vigilancia del sistema. Finalmente, dos iniciativas refieren la necesidad de implementar el PNSR.

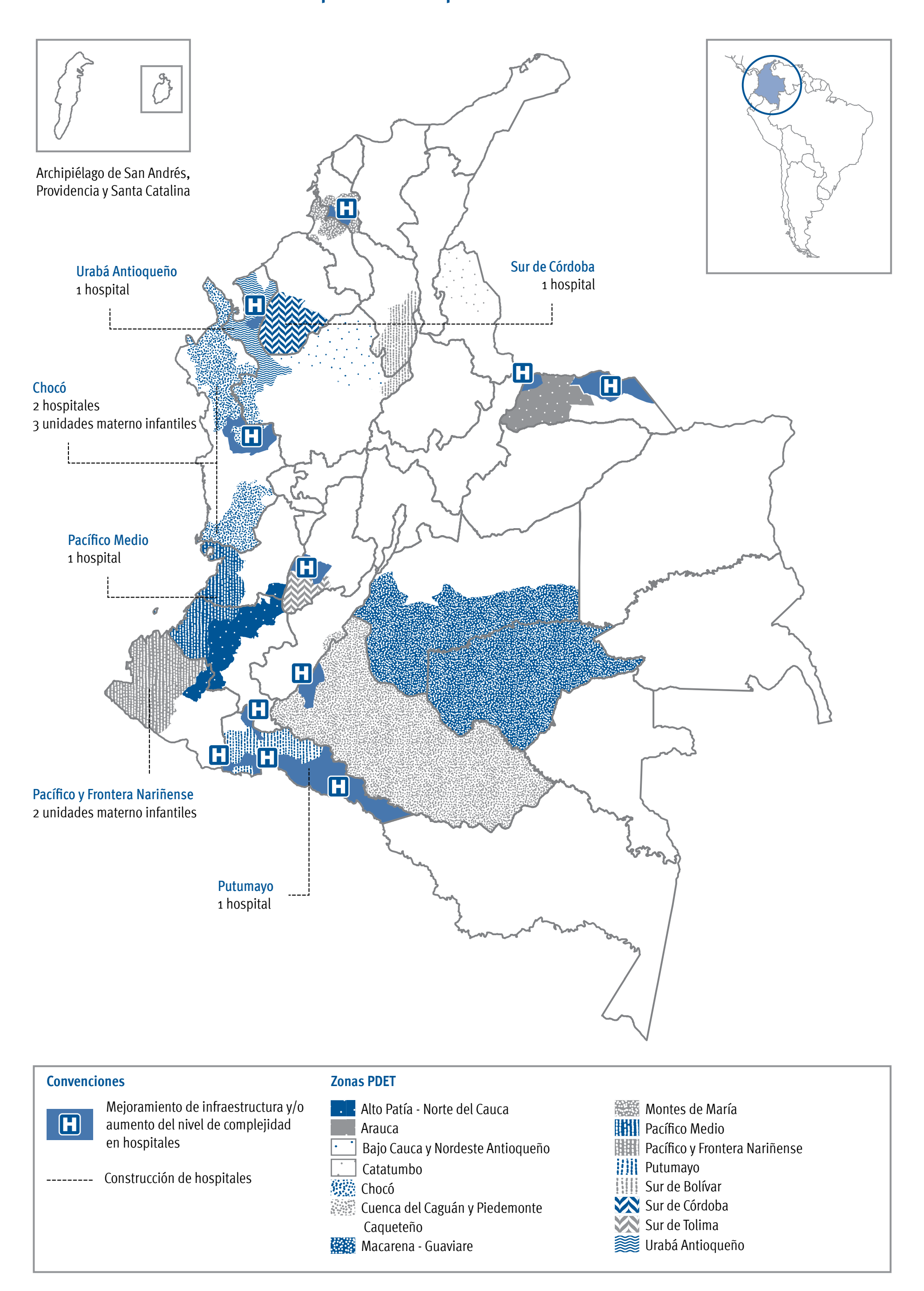
Relacionado con lo anterior, 26 de las iniciativas son demandas por la *construcción y mejoramiento de la infraestructura para la atención en salud*. En estas, se expresó la necesidad de construir instalaciones físicas así:

- Tres hospitales de alta complejidad en Putumayo, Urabá Antioqueño y Pacífico Medio.
- Un hospital regional en Arenal en el Sur de Bolívar.
- Dos hospitales universitarios en Sur de Córdoba y Chocó.
- Un hospital de mediana complejidad para la región del Atrato en Chocó.
- Siete unidades materno infantiles en las regiones de Sanquianga, Telembí, Cordillera y Zona Centro en Pacífico y Frontera Nariñense y en las regiones Atrato, San Juan y Darién en Chocó.

A su vez, aparece con fuerza el fortalecimiento de la red pública hospitalaria a través del mejoramiento de la infraestructura o el aumento del nivel de complejidad en los hospitales:

- Nuestra Señora del Carmen de Bolívar.
- Antonio Roldán Betancourt de Apartadó.
- San Juan Bautista de Chaparral.
- Departamental María Inmaculada de Florencia.
- Departamental San Francisco de Asís de Quibdó.
- San Vicente de Arauca.
- Sarare de Saravena.
- María Angelines en Puerto Leguízamo.
- José María Hernández en Mocoa.
- Local de Puerto Asís.
- Sagrado Corazón de Jesús de la Hormiga, Valle del Guamuez.

Mapa 2. Demandas por el mejoramiento y la ampliación de la red pública hospitalaria en Zonas PDET



Las iniciativas también se concentraron en estrategias integrales de atención en salud para algunos grupos en el marco de lo que la política pública concibe como "dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables":

- Para la atención de personas en situación de discapacidad en siete zonas, tres iniciativas plantearon la necesidad de construir centros regionales para su rehabilitación integral.
- En dos zonas para adultos mayores en situación de vulnerabilidad.
- Cinco iniciativas reclaman la atención integral para las personas víctimas del conflicto armado y, en particular, el funcionamiento efectivo del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, derivado de la Ley 1448 de 2011.

Con respecto a los *grupos étnicos* y a los *modelos de atención con enfoque de salud intercultural* se encuentran 32 iniciativas; 15 de estas, en todas las zonas PDET excepto Macarena – Guaviare, reclaman la puesta en funcionamiento de los Sistemas Indígenas de Salud Propia e Intercultural (SISPI), que tienen su fundamento normativo en el Decreto Ley 1953 de 2014, en el marco de un proceso en el que las organizaciones indígenas han alertado sobre el incumplimiento del gobierno para su desarrollo (ONIC, 2016). De forma similar, 11 iniciativas en el mismo número de zonas proponen la construcción e implementación de un modelo integral de atención en salud para las comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras. Finalmente, seis iniciativas ligadas a las anteriores expresan la necesidad de implementar estrategias de reconocimiento y fortalecimiento de los saberes propios tradicionales de los pueblos indígenas, afrodescendientes y campesinos, con un fuerte énfasis en la protección de las prácticas de partería y medicina tradicional.

Otro grupo de iniciativas se dirigió a la implementación de programas de salud pública relacionadas con salud mental y salud sexual y reproductiva:

- 13 ponen su foco en la construcción y desarrollo de estrategias dirigidas a la población consumidora de sustancias psicoactivas, incluyendo la construcción de centros regionales de rehabilitación integral en tres zonas.
- Seis en el desarrollo de estrategias de promoción y atención en salud mental.
- Tres hacen referencia a estrategias de promoción de derechos sexuales y reproductivos.

- Por último, cuatro expresan la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y atención en salud de violencias basadas en género y contra las mujeres.

Un grupo de ocho iniciativas se concentra en acciones de vigilancia epidemiológica, que incluyen acciones que van desde la construcción de laboratorios de salud pública, la contratación de personal, el control, prevención, diagnóstico y atención de enfermedades endémicas y transmisibles y crónicas no transmisibles y la formación de agentes comunitarios en salud. Además, en dos zonas se propone el fortalecimiento de las competencias del personal de salud con énfasis en la humanización de los servicios y el reconocimiento de los saberes tradicionales de las comunidades. Finalmente, cinco iniciativas ponen su foco en la participación social para vigilancia de la calidad, la oportunidad, la orientación y protección a usuarios en articulación con las instituciones.



Fuente: Elaboración propia con base en los PATR.

La lectura de las iniciativas de carácter subregional permite comprender la escasa garantía del derecho a la salud en la ruralidad colombiana. Aun sin tener en cuenta la totalidad de los municipios rurales del país, las propuestas, mayoritariamente comunitarias, revelan que se requiere una reforma estructural que conduzca a una atención integral en salud y que haga realidad la promesa de la Ley 1751 de 2015 de garantizar igualdad de trato y oportunidades en las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación para las personas que viven en el campo. Los acuerdos, aquí llamados iniciativas, que resultaron del proceso en un marco de negociación institucional, muestran que comunidades y organizaciones asumen que su salud debe ser completa e integral. Además de la necesaria estructura sanitaria y de las facilidades para acceder a servicios, enfatizan en la promoción y prevención y en el reconocimiento de todos los factores sociales que determinan un adecuado nivel de garantía del derecho, entre estos la participación, la toma de decisiones y el reconocimiento de sus saberes propios. Un buen paso es la implementación del PNSR, pero no será suficiente si se quiere evitar una nueva frustración producto de los incumplimientos.

V.

Luchas asociadas con el derecho a la salud en el mundo laboral

Santiago Garcés Correa

Luchas asociadas con el derecho a la salud en el mundo laboral

Los asalariados protagonizaron un poco más del 23% del total de luchas relacionadas con la salud en el periodo que va de 1994 al 2019. En la BDLS encontramos un total de 1.131 luchas laborales por este tema: 933 protagonizadas por trabajadores del sector salud (personal médico, administrativo, de servicios generales, entre otros),[30] 15 llevadas a cabo por pensionados y extrabajadores del sector salud y 183 adelantadas por asalariados –y en menor medida pensionados– del resto de actividades económicas. Para describir algunos aspectos generales de estas luchas nos centraremos de manera diferenciada en aquellas protagonizadas por trabajadores del sector salud, por un lado, y aquellas emprendidas por el resto de las y los asalariados, por el otro.

Luchas de las y los trabajadores del sector salud

Una visión panorámica de las condiciones y relaciones de trabajo del sector salud en Colombia permite evidenciar rápidamente la precaria situación de partida con la que el conjunto de las y los trabajadores de esta "primera línea" contra la pandemia deben enfrentar la actual coyuntura de emergencia sanitaria.

En nuestro país, de los 22 millones de trabajadores ocupados hasta 2019, 673 mil formaban parte de las actividades asociadas a la atención de la salud humana, es decir el 3,2% de la fuerza laboral del país. La gran mayoría es asalariada (495 mil), seguido por los que trabajan por cuenta propia (164 mil), otros 12 mil que son empleadores, y mil que laboran sin remuneración. Según Hawkins y Lemos (2020), el 27 % de los 164 mil trabajadores "cuenta propistas" de este sector laboran sin contrato alguno, en un contexto en el cual el 59% de todos estos supuestos "cuenta propistas" trabajan

30 Un paneo sobre las luchas de trabajadores del sector salud desde 1974 hasta 2010 en Archila y otros, 2012, pp. 322 a 356.

en empresas de más de 50 personas. Además, 25% de estos 164 mil trabajadores no está afiliado a la seguridad social de pensión ni a EPS (Hawkins y Lemos, 2020, 6), ni a ARL, porque para estarlo hay que estar en el régimen contributivo.

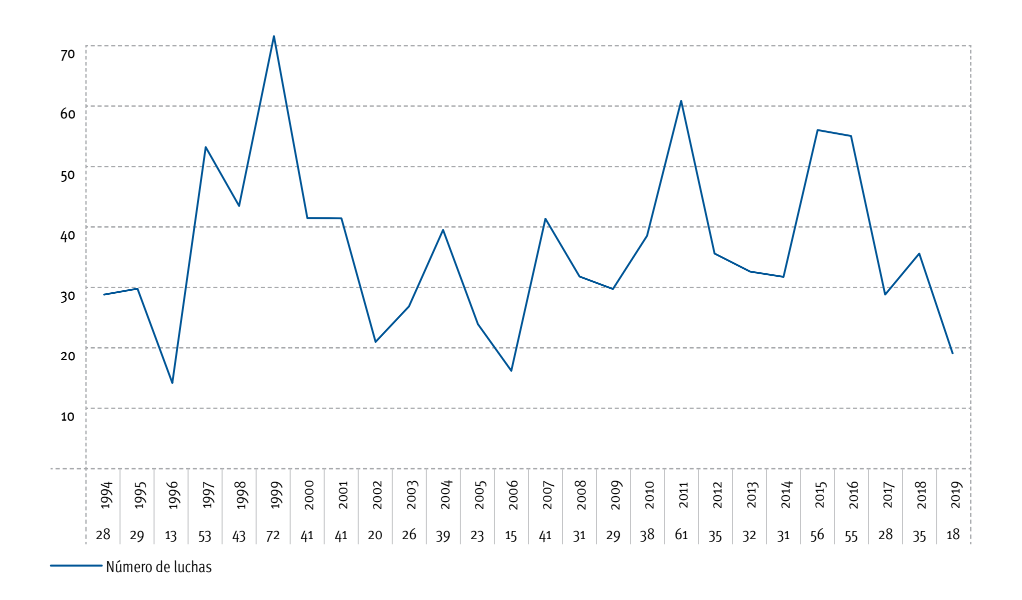
La Encuesta de Bioseguridad del Personal de la Salud y de la Ruta de Atención de la pandemia COVID-19, presentada a inicios de abril por la Federación Médica Colombiana y el Colegio Médico Colombiano, da indicios de esta realidad estructural. Como lo reseña la Agencia de Información Laboral a partir de información de dicha encuesta: "Sólo el 25% del personal médico tiene contrato laboral de planta con todas las garantías legales. El resto está por contrato por obra o labor, orden por prestaciones de servicios (OPS), residente/estudiantes, entre otros. Un alto número dijo sentirse preocupado porque fácilmente se terminen sus contratos, y denunció continuos atrasos en los pagos de hasta de 4 meses, sobre todo en contratos por OPS" (AIL-ENS, 2020).

La deslaboralización que sufren las y los trabajadores de la salud en Colombia no se ha manifestado solamente con el aumento de formas contractuales que desconocen los derechos laborales, como las órdenes por prestación de servicios, sino también distintas formas de tercerización laboral. Las empresas de servicios temporales, las cooperativas de trabajo asociado –figura que prácticamente se encuentra en desuso– y más recientemente, los contratos sindicales, han permitido que el sector salud siga siendo el líder en tercerización laboral ilegal (Hawkins y Lemos, 2020, p. 8).

Los fenómenos recién descritos permiten dibujar con claridad las transformaciones del mundo del trabajo y de la salud en Colombia que vienen desde la expedición de la Ley 100, y que han sembrado el terreno para el desarrollo de la conflictividad laboral a lo largo de este periodo. El adeudo recurrente de meses de salarios se entronca con la mercantilización de la salud, pues los recursos se pierden por el imperio del lucro en la intermediación agenciada por las EPS. La deslaboralización en el sector salud, por otra parte, es evidencia de un proceso más amplio de flexibilización laboral y de reestructuración productiva encaminado a deteriorar y minar el poder colectivo de las y los trabajadores y adecuar las instituciones del sistema de salud a una lógica mercantil.

Como se puede ver en la gráfica 5, durante el periodo de tiempo transcurrido desde la expedición de la Ley 100, las luchas de trabajadores de la salud han tenido cuatro picos significativos: 1999, 2011, 2015 y 2016.

Gráfica 5. Trayectoria de las luchas de trabajadores/as del sector salud, 1994-2019

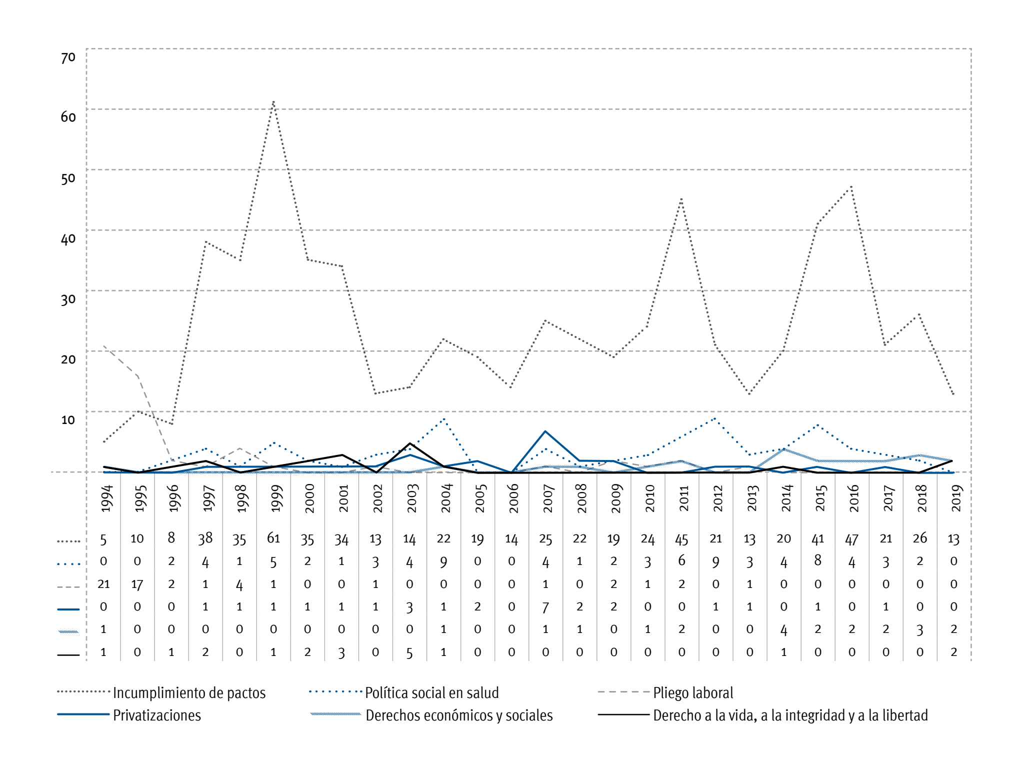


Como se observa en las siguientes gráficas, los picos corresponden en todos los casos a un aumento en la cantidad de luchas por incumplimiento de pactos. Este motivo incluye el pago de salarios, de acreencias adeudadas, del cumplimiento de otros pactos laborales en los que se incluye el reclamo por los insumos y equipamientos necesarios para poder realizar la labor, así como la violación de la legislación, cuando esta se relaciona con incumplimientos laborales. Fue durante 1999 que estallaron los efectos acumulados que se venían gestando desde 1995, cuando los hospitales públicos fueron transformados en Empresas Sociales del Estado lo que derivó en una profunda crisis financiera de los mismos debido a la modificación de su esquema de financiación.

En 1999, al tiempo que los trabajadores de hospitales públicos luchaban por sus salarios adeudados también enfrentaban los proyectos de reestructuración productiva agenciados por el Estado, que iban en camino de flexibilizar las relaciones laborales, a reducir y tercerizar la fuerza de trabajo. En 2011, además de enfrentar el incumplimiento sistemático del pago de salarios, las y los trabajadores también se oponían a la tercerización laboral ya consolidada y a la posible liquidación de algunas entidades públicas. En 2015 y 2016, como se verá, la novedad reside no en los motivos, sino en la aparición de las EPS como adversarias, con la misma importancia que los hospitales públicos y que los gobiernos departamentales y nacionales.

A continuación, se muestran los principales motivos de las luchas de trabajadores de la salud durante el periodo 1994-2019.

Gráfica 6. Principales motivos de las luchas de trabajadores/as de la salud, 1994-2019



Motivo	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Incumplimiento de pactos	5	10	8	38	35	61	35	34	13	14	22	19	14
Política social en salud	0	0	2	4	1	5	2	1	3	4	9	0	0
Pliego laboral	21	17	2	1	4	1	0	0	1	0	0	0	0
Privatizaciones	0	0	0	1	1	1	1	1	1	3	1	2	0
Derechos económicos y sociales	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Derecho a la vida, a la integridad y a la libertad	1	0	1	2	0	1	2	3	0	5	1	0	0

Motivo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Incumplimiento de pactos	25	22	19	24	45	21	13	20	41	47	21	26	13
Política social en salud	4	1	2	3	6	9	3	4	8	4	3	2	0
Pliego laboral	1	0	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Privatizaciones	7	2	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0
Derechos económicos y sociales	1	1	0	1	2	0	0	4	2	2	2	3	2
Derecho a la vida, a la integridad y a la libertad	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2

Resalta, al inicio del periodo, la caída abrupta de los pliegos laborales como motivo esgrimido y el aumento de las luchas por incumplimiento de pactos, tanto laborales –retenciones salariales y otro tipo de incumplimientos–, como violaciones a la legislación –incumplimientos laborales y denuncia a la intermediación y la tercerización laboral ilegal–. Las luchas por pliegos laborales prácticamente desaparecieron del panorama en consonancia con la disminución del poder de los sindicatos a principios de la década de los noventa y el progresivo aumento de la tercerización laboral.

Al analizar en detalle las protestas que enarbolaron como motivo la oposición a la política social en salud aparece la denuncia frente a la crisis presupuestal del sector. De manera más específica, las y los asalariados de la salud lucharon por mayores desembolsos para las redes de hospitales públicos, por una mayor veeduría sobre

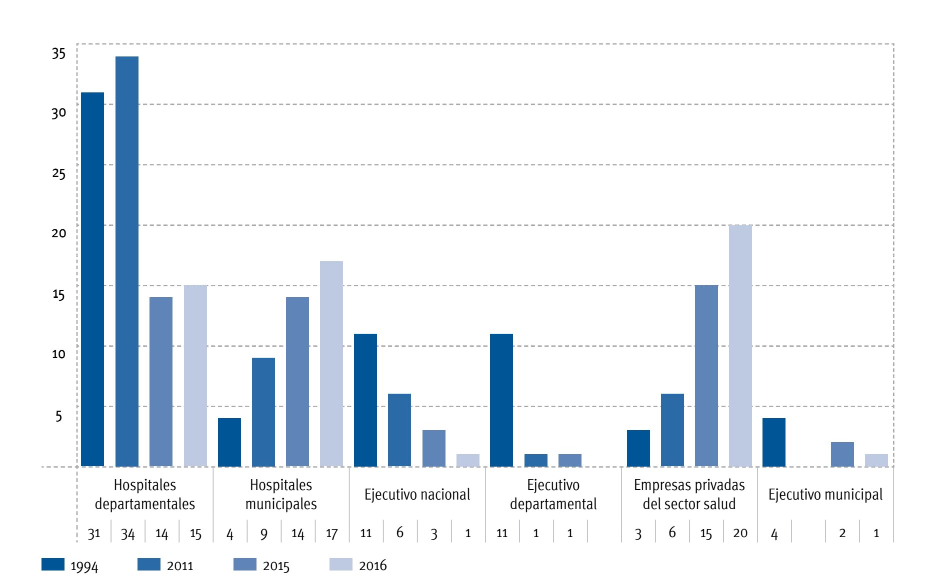
los recursos girados, por medidas de emergencia de parte del Estado para que se evitara el cierre de hospitales, y en defensa de una política social alternativa de salud. Es preciso mencionar que los recortes de las transferencias de la nación a los entes territoriales a partir de modificaciones legislativas en 2001 y en 2007 afectaron hondamente la capacidad de los departamentos y municipios de atender el régimen subsidiado, pues implicó una reducción de sus ingresos (Espitia, 2010), creando de esa manera el escenario sobre el cual se desenvolvieron estas luchas.

Bajo el motivo de luchar contra las privatizaciones, al inicio del periodo se encuentran protestas encaminadas a resistir la aplicación de la Ley 100, específicamente la liquidación del ISS –con la subsecuente privatización de sus activos– y la transformación de los hospitales públicos en ESE. Más cerca al presente, las luchas contra la privatización estuvieron encaminadas a defender la propiedad pública de hospitales y a pronunciarse de manera general en contra de la intermediación ejercida por las EPS.

Respecto a los adversarios de las luchas, la inmensa mayoría de la conflictividad laboral se presentó en relación directa con lo que ocurría en el sector público del servicio de salud. Como se puede ver en la gráfica 7, los principales adversarios durante los cuatro años con picos significativos fueron las ESE de nivel departamental y municipal y los gobiernos nacional y departamental a los que se les reclamaba mayores recursos. La mayoría de las luchas laborales del sector corresponden a protestas de trabajadores que laboran para IPS públicas, lo que es impactante si se tiene en cuenta que para junio del año 2020 el país tenía 10.720 IPS, de las cuales 0,17 % son mixtas, 9,35 % públicas y 90,49 % privadas (Ministerio de Salud, 2020). Sin embargo, esto no es de extrañar, pues las IPS públicas son las que se encargan mayoritariamente de atender el régimen subsidiado que es precisamente donde la desfinanciación del conjunto del sistema es más dramática.

En 2015 y 2016, sin embargo, aparecen claramente las empresas privadas del sector salud como adversarios de las luchas por incumplimiento de pactos laborales y retenciones junto a las ESE. De 36 protestas que se presentaron durante esos dos años en contra de empresas privadas del sector salud, 22 fueron contra las EPS, 12 contra las IPS privadas y 2 contra empresas de trabajo temporal.

Gráfica 7. Principales adversarios de las luchas de trabajadores/as de la salud, en 1994, 2011, 2015 y 2016



No es sorprendente que progresivamente las EPS aparecieran como un adversario igual de significativo que las entidades públicas y privadas que adeudan salarios al personal de la salud, teniendo en cuenta que la deuda consolidada de las EPS con las IPS asciende aproximadamente a 10 billones de pesos para el año 2020 (Jaramillo, 2020).

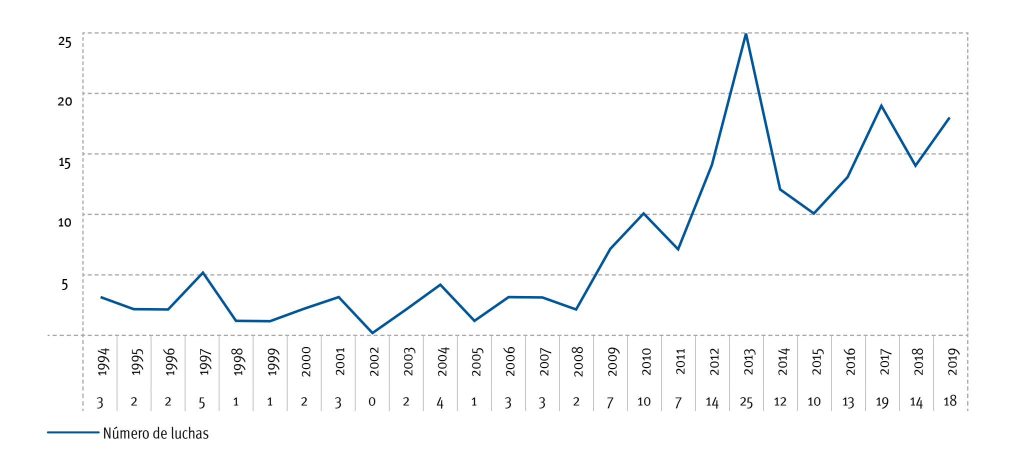
Luchas de asalariado/as por el derecho a la salud

En el periodo entre 1994 y 2019 las luchas del conjunto de las y los trabajadores incorporaron la salud en sus reivindicaciones de diferentes maneras. Apareció en acciones por pliegos laborales, incumplimiento de pactos, por transformar la política social, por derechos económicos y sociales, por desarrollos normativos y reglamentaciones, por violación de la legislación, en lucha contra la corrupción, contra las privatizaciones, entre otras. De manera más específica, encontramos los siguientes motivos: falta de contribuciones a la seguridad social por parte de empleadores, exigencia a empresas involucradas en proyectos extractivos o de infraestructura para que invirtieran recursos en el territorio encaminados a dotar al mismo de servicios de salud, la preocupación por la salud en el trabajo como reivindicación sindical –enfermedades ocupacionales, estrés en el trabajo–, deterioro

de los servicios de salud y la exigencia general del fin del modelo mercantilizador de la Ley 100.

Como se puede ver en la siguiente gráfica, las luchas de este tipo han venido en aumento desde el inicio del periodo estudiado, con un pico significativo durante el año 2013.

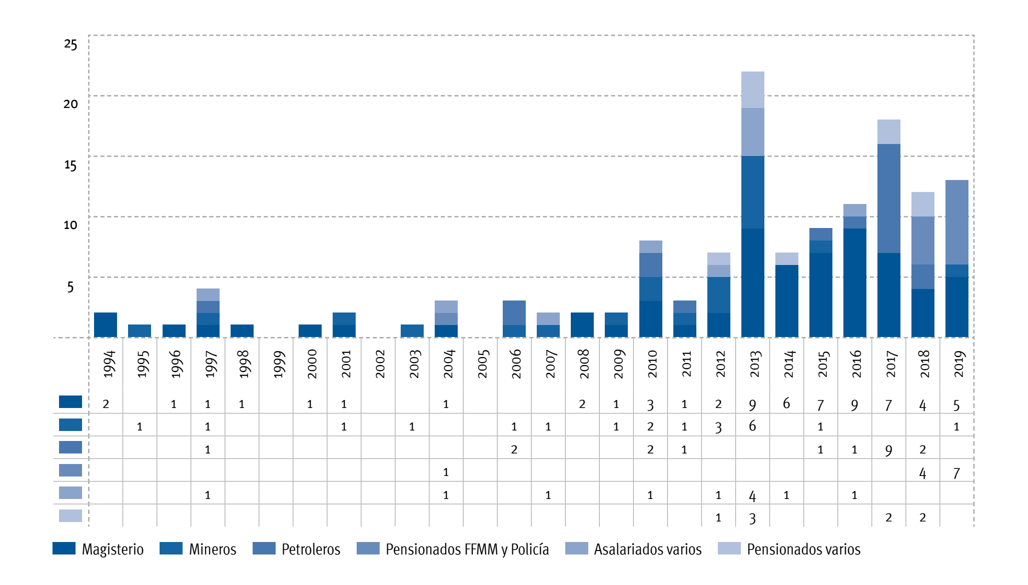
Gráfica 8. Trayectoria de las luchas relacionadas con salud, protagonizadas por asalariados/as, distintos a los del sector salud, 1994-2019



En dicho año fueron los trabajadores mineros y el magisterio quienes aportaron buena parte de las protestas. Frente al primer caso, se trató de un paro de cerca de 6.000 trabajadores directos y más de 6.000 indirectos contra la multinacional Carbones del Cerrejón, que ubicó como uno de los principales puntos de disputa la salud, pues para ese momento había casi 2.600 trabajadores con enfermedades relacionadas con su labor, frente a los cuales la empresa se negaba a cubrir en su totalidad los gastos relacionados con la enfermedad. También hubo una huelga contra la Drummond, a partir de la cual los trabajadores exigieron, entre otros puntos, la mejora de los protocolos de seguridad industrial, el respeto a la estabilidad laboral de trabajadores enfermos y la atención especializada para trabajadores enfermos de la columna. Por su parte, el magisterio realizó siete movilizaciones y dos paros exigiendo el cumplimiento de acuerdos previos pactados con el gobierno entre los cuales apareció como causa fundamental del malestar el deterioro del servicio de salud. Este motivo ha sido persistente en las movilizaciones del magisterio colombiano hasta el año 2019.

Como se puede ver en la siguiente gráfica, junto al magisterio y los trabajadores mineros, también los petroleros, los pensionados de la fuerza pública, y los asalariados y pensionados de sectores heterogéneos han sido quienes más han llevado a cabo luchas que articulan su realidad laboral con la salud. Estas últimas dos categorías, que aparecen en la gráfica como asalariados varios y pensionados varios, agrupan protestas llevadas en conjunto por asalariados y pensionados de distintos sectores.

Gráfica 9. Participación de algunos sectores en las luchas de asalariados/as por salud, 1994-2019



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	2		1	1	1		1	1			1				2	1	3	1	2	9	6	7	9	7	4	5
		1		1				1		1			1	1		1	2	1	3	6		1				1
				1									2				2	1				1	1	9	2	
											1														4	7
				1							1			1			1		1	4	1		1			
																			1	3				2	2	

En la gráfica solo se exponen los sectores que llevaron a cabo ocho luchas o más, pero la lista de sectores en los que ocurrieron este tipo de acciones es más extensa: obras públicas, el SENA, servicios públicos, universidades, sector bananero, trabajadores estatales de distinta naturaleza, ferroviarios, portuarios, de acerías, de la industria de la construcción, de la Defensoría del Pueblo, escoltas, antiguos trabajadores –aun no pensionados– de distintas industrias –especialmente mineros y petroleros–, guardias penitenciarios, industria textil, producción de fertilizantes, rama judicial y telefonía celular. Resalta la aparición de los pensionados de la fuerza pública durante los últimos dos años del periodo estudiado. Realizaron desde movilizaciones nacionales y regionales hasta huelgas de hambre denunciando la entrega de medicamentos incompletos y la demora en la asignación de las citas y procedimientos médicos. También exigieron una mejora sustancial en sus mesadas pensionales.

Los reclamos visibilizados en las luchas laborales asociadas a la salud, tanto de los trabajadores del sector, como del resto de asalariados del país, ilustran una serie de problemas y de visiones alternativas que son ineludibles a la hora de comprender la crisis de la salud y de formular propuestas para su resolución.

En primer lugar, las condiciones de trabajo y las relaciones laborales de quienes trabajan en el sector de la salud deben dejar de considerarse un ámbito susceptible de ser precarizado para adecuar el sistema a lógicas mercantiles y al ánimo de lucro, y empezar a concebirse como un ámbito que debe ser protegido y fortalecido. Es difícil construir un sistema de salud que funcione adecuadamente con la pervivencia de problemas tan fundamentales como el adeudo prolongado de salarios y la precariedad laboral producto de diversas estrategias flexibilizadoras tendientes a eludir los derechos laborales.

Por otra parte, detrás del alto número de protestas por incumplimientos laborales y por el deterioro del servicio de salud, lo que se revela es el carácter estructural de la desfinanciación que parece irresoluble sino se limita o acaba la intermediación privada y se transforman las prioridades fiscales de los gobiernos.

VI.

Conclusiones: Recuperar lo público para configurar un nuevo sistema de salud

Mauricio Torres Tovar

Conclusiones: Recuperar lo público para configurar un nuevo sistema de salud

Como se ha visto en este *Documento Ocasional*, el sistema de salud en Colombia tiene una baja legitimidad social desde tiempos históricos, lo que se ha profundizado con el manejo que se le ha dado a la pandemia. Producto de ello, tanto las comunidades urbanas y rurales, como los trabajadores/as del sector salud, han intensificado en este periodo sus denuncias y su insistencia en la necesidad de cambios de fondo al sistema.

La situación de la salud, especialmente en este tiempo de pandemia, deja claro que lo fundamental es lo público, los bienes comunes en el campo de la salud. La evidencia es que el que ha tenido que enfrentar la pandemia es el Estado, el mismo que han pretendido acabar durante décadas, y que las EPS y las ARL, lucradas con la salud de millones de colombiana/os durante años, en este momento de emergencia sanitaria han demostrado tanto su inoperancia como su interés en mantener su ambición económica por encima de la protección de la vida de amplios grupos poblacionales.

La pandemia que vivimos no se puede considerar exclusivamente como una crisis de salud pública, es también una crisis del conjunto de la dinámica de la sociedad, una crisis civilizatoria, que demanda un replanteamiento de las formas de vivir, como señalaba Saúl Franco en el epígrafe inicial. Y uno de los asuntos que debe ser transformado es la configuración de las respuestas sociales a las diferentes necesidades de la salud de las comunidades, que las saque del campo del mercado, del lucro.

Durante estos más de veinticinco años de implementación de la Ley 100, diversos sectores de la sociedad han emprendido múltiples procesos de resistencia, movilización y lucha social en contra de ella (Torres, 2013; Borrero, 2014; Echeverry y Borrero, 2015). Como hemos analizado en estas páginas apoyados en la BDLS, en el largo proceso de movilización social por el derecho a la salud en el país se

han gestado reflexiones, análisis, ideas y propuestas, producto de las múltiples discusiones colectivas dadas en reuniones, talleres, foros, asambleas, congresos, durante los cuales se han planteado elementos para configurar un sistema de salud nuevo en Colombia, destacando entre estos aspectos (Torres, 2020):

Tomar la salud en las propias manos: esta es una idea potente y muy importante, relacionada con la necesaria desmedicalización de la vida, para recobrar el sentido de la autodeterminación de los cuerpos y poner la salud bajo control del conjunto social, para que así se impida la delegación de los asuntos de la vida-salud-enfermedad al complejo médico-farmacéutico-tecnológico, y se abandone la creencia de que entre más acceso a atención hospitalaria, más medicamentos y más alta tecnología médica, se tendrá mejor salud, tesis errónea que se vislumbra claramente en esta pandemia, que requiere acciones pertinentes y a tiempo de promoción y prevención. Hoy la gran tecnología y el desarrollo de medicamentos resultan absolutamente insuficientes y no han logrado evitar la muerte de más de 500 mil personas en el mundo, hasta finales de junio de 2020. Además, seguirán siendo tan caros que los sectores más pobres de la sociedad no podrán tener acceso a ellos.

Tomar la salud en las propias manos significa descolonizar el pensamiento en este campo, para recuperar una visión propia de lo que es y significa la misma para los pueblos; es desarrollar procesos individuales y colectivos para fortalecer la propia salud, que pasan por recuperar los conocimientos y prácticas tradicionales para el cuidado de la vida y la salud; es producir salud desde la configuración de soberanía alimentaria, de recuperación de la herbolaria médica y de la expansión de múltiples terapéuticas alternativas no invasivas, entre muchos otros saberes.

Crear un sistema de salud soberano y público: se trata de configurar un sistema de salud propio, de base pública, universal, gratuito; que reconozca la diversidad existente en el país y que por lo tanto no homogenice el conjunto de respuestas a la población; que no esté subordinado a los intereses de las grandes corporaciones farmacéuticas, de aseguramiento y de tecnología y que, por el contrario, ejerza control sobre estos actores que convierten la salud en un negocio. En el caso colombiano, sería un sistema que no contemplaría la existencia de las EPS y las ARL y que controlaría la acción tanto de la red pública como privada de atención en salud. Un sistema conducido por el Estado a través de instancias territoriales, junto con las comunidades, financiado con fuentes diversas que llegarían a un fondo de manejo público, que descentralizaría los recursos para configurar las respuestas de acuerdo con los diversos contextos sanitarios territoriales y poblacionales que tiene el país.

Intervención de base territorial y poblacional: se conoce desde hace muchos años que los mejores sistemas de salud son aquellos que desarrollan estrategias de base

territorial y poblacional, logrados principalmente a través de la implementación de la llamada atención primaria en salud (APS), que se caracteriza por la cercanía del sistema de salud a la gente, por desarrollar acciones oportunas, continuas, integrales y efectivas de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención, donde la gente vive y trabaja, de tal manera que no espera a que ella se enferme para que acuda al hospital, y tiene capacidad de atender el 80 % de problemas de salud de la población. Esta estrategia de APS demanda sólidos procesos organizativos para que haya participación comunitaria en salud con capacidad para incidir en el curso de las decisiones que se van tomando en el sistema.

Condiciones dignas de trabajo: se requiere comprender el valor social que cumple el amplio conjunto de personas que trabajan en este sector, que incluye a mucho más personal que el cuerpo médico. La pandemia ha revelado la importancia que tiene este grupo laboral para enfrentar una crisis de salud pública, por lo que el país debe invertir en su formación y reconocerle su valor social gestando formas de empleo dignas, estables, seguras, por lo cual es necesario superar esta "normalidad" del trabajo temporal e inestable, con salarios paupérrimos, para pasar a una nueva etapa en la que las formas laborales sean dignas, sanas y seguras e impidan, como sea posible, que se deteriore la salud de aquellos que dedican su vida laboral a cuidar la salud de otros/as.

Reorientar la formación del campo de la salud: este nuevo sistema de salud requiere de técnicos y profesionales que atiendan las características heterogéneas de la población del país y que tengan las bases para trabajar directamente con las comunidades en los territorios urbanos y rurales; lo que demanda descentrar la formación en lo hospitalario, para pasar a una formación centrada en los procesos de producción de la salud desde un enfoque de determinación social, promocional de la salud y preventiva de la enfermedad, atención primaria en salud con capacidad resolutiva de los problemas generales de enfermedad de la población.

La idea de recuperar lo público para construir un nuevo sistema de salud no encuentra su fuerza solo en su justeza o en el hecho de que se haya gestado en las luchas sociales por el derecho a la salud en nuestro país. También las experiencias internacionales nos ilustran respecto a las virtudes de sistemas de salud públicos y universales, al tiempo que nos señalan desafíos para su construcción. Al igual que Colombia, países como México y Chile que tomaron el camino asegurador-mercantilizador tampoco han logrado los propósitos de cobertura universal, acceso equitativo a los servicios de salud y mejoramiento de las condiciones de salud (Laurell, 2016). En contraste, aquellos países latinoamericanos en donde hubo gobiernos populares que tomaron el camino de garantizar el derecho a la salud a través de un sistema público, universal, redistributivo, equitativo y financiado con recursos fiscales, lograron una expansión

amplia de los servicios e incorporaron millones de personas a sus beneficios. Sin embargo, también enfrentan desafíos que es preciso tener en cuenta, como la excesiva dependencia de recursos fiscales volátiles para la financiación del sistema –provenientes de la exportación de *commodities*– y el reacomodo de poderosos actores del complejo asegurador y médico-industrial (Laurell, 2016).

Esta excesiva dependencia nos señala la importancia de avanzar en la financiación del sistema de salud a través de impuestos progresivos y de contribuciones provenientes de una nueva estructura productiva robusta y diversificada que se articule de manera sostenible a un sistema de salud soberano y público. Esta necesidad nos recuerda, por tanto, que la transformación de la salud no puede desarticularse de la construcción de una sociedad distinta, lo que ilumina la relevancia de los movimientos sociales para su consecución y desarrollo.

VII.

Referencias

Referencias

Abadía Barrero, César Ernesto, y Oviedo Manrique, Diana Goretty (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine, 68*: 1153-1160. DOI:10.1016/j.socscimed.2008.12.049.

Agencia de Información Laboral – Escuela Nacional Sindical –AIL-ENS– (2020). *Informe Nacional de Coyuntura Laboral de la ENS 2020. El mundo del trabajo y el sistema de salud colombiano en la encrucijada del Coronavirus*. Recuperado de http://ail.ens.org.co/informe-especial/informe-nacional-de-coyuntura-laboral-de-la-ens-2020-el-mundo-de-trabajo-y-el-sistema-de-salud-colombiano-en-la-encrucijada-del-coronavirus/

Agencia de Renovación del Territorio. Plan de Acción para la Transformación Regional –PATR–, de las Subregiones: Sur de Bolívar; Sur de Córdoba; Montes de María, Urabá Antioqueño; Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño; Chocó; Pacífico Medio; Pacífico y Frontera Nariñense; Alto Patía – Norte del Cauca; sur del Tolima; Putumayo; Cuenca del Caguán y Piedemonte Caqueteño; Macarena – Guaviare; Arauca; Catatumbo; Sierra Nevada – Perijá. Elaborados entre el 1° de agosto de 2018 y el 23 de febrero de 2019.

Ámbito Jurídico Legis (11 de febrero, 2011). Los presos que ‘encarcelaron’ la tutela. Recuperado de https://www.ambitojuridico.com/noticias/informe/constitucional-y-derechos-humanos/los-presos-que-encarcelaron-la-tutela

Archila, Mauricio; Angulo, Alejandro; Delgado, Álvaro; García, Martha Cecilia; Guerrero, Luis Guillermo y Parra, Leonardo (2012). *Violencia contra el sindicalismo, 1984-2010*. Bogotá: Cinep.

Archila, Mauricio (2019). Control de las protestas: Una cara de la relación Estado y movimientos sociales. 1975-2015. En Archila, Mauricio, García, Martha Cecilia, Parra, Leonardo, y Restrepo, Ana María. *Cuando la copa se rebosa. Luchas sociales en Colombia 1975-2015*. Bogotá: Cinep/Programa por la paz.

Archila, Mauricio, García, Martha Cecilia, Restrepo, Ana María, y Parra, Leonardo (2014). *Informe especial. Luchas sociales en Colombia 2013*. Bogotá: Cinep/ Programa por la Paz.

Arenas, Lorena y Cerezo, Ana (2016). Realidad penitenciaria en Colombia: la necesidad de una nueva política criminal. *Revista Criminalidad, 58* (2): 175-195. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v58n2/v58n2a07.pdf

Auyero, Javier (2013). *Los pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.

BBC (22 de marzo, 2020). Cárcel La Modelo: un motín en una prisión de Colombia deja 23 muertos en medio de la tensión por el coronavirus. Recuperado de https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51998800.

Bernal, Oscar y Barbosa, Samuel (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México. 57* (5):433-440. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n5/v57n5a15.pdf

Borrero, Yadira Eugenia (2014). *Luchas por la salud en Colombia*. Cali: Sello Editorial Javeriano.

Castro, Oscar Armando (2020). *La gripe de moda*. Manuscrito inédito.

Centro Nacional de Memoria Histórica –CNMH– (2017). *La guerra inscrita en el cuerpo: informe nacional sobre violencia sexual en el conflicto armado*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.

Colombia (1993). Ley 100.

Colombia (1996). Ley 336. Estatuto Nacional de Transporte

Colombia (2011). Ley 1448.

Colombia (2015). Ley 1751.

Colombia (2016). Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera.

Colombia (2017). Decreto 893.

Colombia (2019). Ley 1949.

Congreso Nacional Agrario (2003). Mandato Agrario. Por vida digna, soberanía alimentaria, derecho a la tierra y a la territorialidad. Recuperado de http://www.mamacoca.org/FSMT_sept_2003/es/lat/mandato_agrario.htm

Corte Constitucional (2006). Sentencia C-355.

Corte Constitucional (2008). Sentencia T-760.

Cumbre Agraria, Campesina, Étnica y Popular –Cacep– (2014). *Pliego de exigencias de la Cumbre Agraria. Mandatos para el buen vivir, por la Reforma Agraria estructural, la soberanía, la democracia y la paz con justicia social.* Recuperado de https://prensarural.org/spip/spip.php?article13670

Defensoría del Pueblo (Diciembre, 2003). *Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia*. Recuperado de https://www.defensoria.gov.co/attachment/79/Servicio%20de%20salud%20en%20cárceles.pdf

Defensoría del Pueblo (2019). *La tutela y el derecho a la salud, 2018. 9 de julio.* Recuperado de https://www.defensoria.gov.co/es/nube/destacados/7987/Defensor-del-Pueblo-present%C3%B3-el-informe-anual-%E2%80%9CLa-tutela-y-los-derechos-a-la-salud-y-a-la-seguridad-social-2018%E2%80%9D-tutela-derechos-salud-Defensor%C3%ADa.htm

Departamento Nacional de Planeación –DNP– (2012). *Documento Conpes Social 155. Política Farmacéutica Nacional*. Bogotá: DNP.

Departamento Nacional de Planeación –DNP– (2018). *Plan Marco de Implementación. Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3932_Anexo%20B_Plan%20Marco%20de%20Implementación%20(PMI).pdf

Echeverry, María Esperanza, y Borrero, Yadira Eugenia (2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cadernos de Saúde Pública, 31*, 354-364. DOI: 10.1590/0102-311X00030714.

El Tiempo (29 de julio, 2008). Moción de censura contra ministro de Protección Social debate la tarde del martes el Congreso. *El Tiempo*.

Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres –ONU Mujeres–, Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural –Rimisp– y Agencia de Renovación del Territorio –ART– (2017). *La participación de las mujeres y sus organizaciones en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)*. Bogotá: ONU Mujeres, Rimisp, y ART.

Espitia, Jorge Enrique (2010). La financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud. *Economía Colombiana, 330*, 9-17. Recuperado de: https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/471934/REC330_web.pdf/29601921-ff5f-4e6a-9cb5-9d97d049e404

Franco, Saúl (30 de agosto de 2016). La salud en los acuerdos de paz. *El Espectador*. Recuperado de https://www.elespectador.com/opinion/opinion/la-salud-en-los-acuerdos-de-paz-columna-652144

García, Martha Cecilia (2019). Visiones de desarrollo en las luchas sociales, 1975-2015. En Archila, Mauricio, García Velandia, Martha Cecilia, Parra Rojas, Leonardo, y Restrepo Rodríguez, Ana María. *Cuando la copa se rebosa. Luchas sociales en Colombia 1975-2015*. Bogotá: Cinep/Programa por la paz.

Gaviria, Alejandro (2013). *Exposición de motivos del Proyecto de Ley "Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf

Gaviria, Alejandro (junio, 2020). Entrevista. *Revista Credencial, 403*, 18-23.

Gómez, Laureano, Carta a José Arturo Andrade (habitante del archipiélago de San Andrés) octubre 24 de 1918. *El Tiempo* (13 de abril, 2020). Recuperado de https://www.eltiempo.com/politica/gobierno/gripa-espanola-y-covid-19-carta-de-laureano-gomez-parece-escrita-hoy-483414

Gossaín, Juan (9 de mayo, 2020). Estas son las epidemias que han atacado a Colombia en 500 años. *El Tiempo*. Recuperado de https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/estas-son-las-epidemias-que-han-atacado-a-colombia-en-500-anos-493750

Gran Coalición por los Trabajadores de la Salud (18 de junio, 2020). *Incumplimiento del Estado en el manejo de la pandemia a todos los trabajadores de la salud desde hace 4 meses. Segundo comunicado de prensa*. Bogotá.

Hawkins, Daniel, y Lemos, Yesli (2020) Los retos para hoy, promover trabajo decente y trabajo saludable. En Escuela Nacional Sindical –ENS–. *Informe Nacional de Coyuntura Laboral de la ENS. El mundo de trabajo y el sistema de salud colombiano en la encrucijada del Coronavirus*. Recuperado de http://ail.ens.org.co/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/Informe-Nacional-de-Coyuntura-Laboral-2020-Version-Final1.pdf

Jaramillo, Iván (1995). El derecho a la salud, estado actual y perspectivas. En Sarmiento, Libardo (coordinador). *Los derechos económicos, sociales y culturales. Balance y perspectivas*. Bogotá: PNUD/Consejería Presidencia para la Política Social.

Jaramillo, Iván (2020). Las cuentas impagables del sistema de salud. Recuperado de https://razonpublica.com/las-cuentas-impagables-del-sistema-salud/

Laurell, Asa Cristina (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos De Relaciones Laborales, 34*(2), 293-314. https://doi.org/10.5209/CRLA.53458

López, Abel (2013). *Europa, temas, debates*. Bogotá: Julián Hernández-Taller de Diseño.

Mesa de Conversaciones (21 de junio, 2013). *Primer informe conjunto de la mesa de conversaciones entre el gobierno de la República de Colombia y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo, FARC-EP. Informe*. Recuperado de https://pazfarc-ep.org/images/Documentos-en-pdf/Primer-informe-conjunto-de-la-Mesa-de-Conversaciones-Gobierno-de-Juan-Manuel-Santos-y-las-Fuerzas-Armadas-Revolucionarias-de-Colombia-Ejercito-del-Pueblo-FARC-EP.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS– (2020). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS* [Base de datos]. Recuperado de: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/

Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social –MNSSS– (2010). Plataforma. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/0B7b_NeZQHXNQNTA2MjE2Y2QtNmUwNi00NDQ 0LW JjZDUtN2M1MDgyYTY5Nzk5/view

Organización de Naciones Unidas (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General Nº 12 del Comité Desc. Documento E/C.12/2000/4*.

Organización Nacional Indígena de Colombia –ONIC– (23 de agosto, 2016). *Pueblos Indígenas manifiestan que la propuesta SISPI ha quedado rezagada. Comunicado*. Recuperado de https://www.onic.org.co/comunicados-onic/1408-pueblos-indigenas-manifiestan-que-la-propuesta-sispi-ha-quedado-rezagada

Profamilia y Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Resumen ejecutivo*. Recuperado de: minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf

Santa María, Mauricio; García, Fabián; Rozo, Sandra y Uribe, María José (2010). Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. En Santa María, Mauricio (editor). *Efectos de la ley 100 en salud. Propuestas de reforma*. Bogotá: Fedesarrollo.

Semana (28 de diciembre, 2015). Gobierno firma decreto que liquida a Caprecom, ¿ahora qué? *Semana*. Recuperado de https://www.semana.com/nacion/articulo/firman-decreto-que-liquida-caprecom/455151-3

Semana (7 de mayo, 2016). Explotó la bomba de la salud en las cárceles. *Semana*. Recuperado de http://www.semana.com/nacion/multimedia/salud-en-carceles-una-crisis-que-estallo/472673

Torres, Mauricio (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá: CINEP/Programa por la Paz.

Torres, Mauricio (mayo, 2020). Merecemos sistemas de salud soberanos que protejan la vida no el lucro. Enseñanza de la pandemia. *Le Monde Diplomatique. Edición Colombia, 199*: 6-7. Recuperado de https://www.desdeabajo.info/ediciones/item/39684-ensenanza-de-la-pandemia.html

Varios Autores (20 de abril, 2020). *¡Proteger al campesinado para proteger la vida! Carta al Presidente de la República y al Procurador General de la Nación*. Recuperado de https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2020/04/PROTEGER-AL-CAMPESINADO-PARA-PROTEGER-LA-VIDA.pdf

Vignolo, Paolo, y Ureña, Juan Felipe (23 de mayo, 2020). El regreso del médico de la peste. *Cerosetenta*. Recuperado de https://cerosetenta.uniandes.edu.co/el-regreso-de-los-medicos-de-la-peste/

Wills de Moya, Gabriela (2016). *Las empresas sociales del Estado y el derecho fundamental a la salud. Estudio de caso Hospital Simón Bolívar ESE (2002-2014)*. Presentado como requisito para optar por el título de Politóloga en la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Recuperado de https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11877/WillsDeMoya-Gabriela-2016.pdf;jsessionid=D44330EBF69D3712713B460225CFE081?sequence=2

Zamudio, Lucero (2000). El aborto en Colombia: dinámica sociodemográfica y tensiones socioculturales. *Revista Derecho del Estado. 8* (1), 45-55. Recuperado de https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/view/894

Este Documento Ocasional busca mostrar cómo la movilización social en el país estuvo llamando la atención sobre la crisis del sistema de salud, en especial desde la expedición de la Ley 100 de 1993. En esa dirección, en primer lugar, se da una mirada general del sistema de salud colombiano, partiendo de sus antecedentes; en segundo lugar, se emprende un recorrido sobre las protestas en torno a este tema adelantadas por los distintos actores sociales, para finalmente concluir con unas recomendaciones. Con esta revisión no se busca abusar de la comparación histórica ni, menos aún, caer en fáciles anacronismos, pero es pertinente extraer lecciones del pasado: las pestes desnudan inequidades y desequilibrios pre-existentes, y nos muestran lo mejor y lo peor de nosotros. En efecto, ante la coyuntura del COVID-19, factores histórico-estructurales –como la desigual situación de nuestra población y la crisis del sistema de salud– arrojan preocupantes números de víctimas y signos de colapso de la salud.

9 789586 443319







Centro de Investigación y Educación Popular/
Programa por la Paz (Cinep/PPP)
Carrera 5 n.º 33B-02. Bogotá, D. C., Colombia
PBX: (+57 1) 245 6181
www.cinep.org.co
Correo-e: cinep@cinep.org.co